



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Cuidado materno de niños menores de dos años:
significado para sus madres. Centro de Salud de Lima
Sur**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Enfermería

AUTOR

Cecilia Maura CHULLE LLENQUE

ASESOR

Gladys Carmela SANTOS FALCÓN

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Chulle C. Cuidado materno de niños menores de dos años: significado para sus madres. Centro de salud de Lima Sur [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2019.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor (dato opcional):

0000-0001-6904-1714

Código ORCID del asesor o asesores (dato obligatorio):

0000-0001-9140-9669

DNI del autor:

25627248

Grupo de investigación:

Salud Integral Madre, Niño, adolescente y Responsabilidad Social
(SIMANIR)

Institución que financia parcial o totalmente la investigación:

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado UNMSM.

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación.

Centro Materno Infantil Tablada de Lurin

Av República s/n Villa María del Triunfo.

Referencia: Cruce con Av. Guillermo Billinghurst

Año o rango de años que la investigación abarcó:

Del 2017 al 2019



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

SECCIÓN DOCTORAL



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR


En la ciudad de Lima, a los dieciséis días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve siendo las **9.00 am**, ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia de la Dra. **ÁNGELA ROCIO CORNEJO VALDIVIA**, y los Miembros del mismo, los Doctores:


- | | |
|---|-------------------|
| • DRA. ÁNGELA ROCIO CORNEJO VALDIVIA | PRESIDENTA |
| • DRA. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA | MIEMBRO |
| • DRA. RUDI AMALIA LOLI PONCE | MIEMBRO |
| • DRA. LUISA HORTENSIA RIVAS DIAZ | MIEMBRO |
| • DRA. GLADYS CARMELA SANTOS FALCON | ASESORA |

El postulante al Grado de Doctor en **ENFERMERÍA**, es Mg. EN **ENFERMERÍA**, doña **CECILIA MAURA CHULLE LLENQUE** procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: "**CUIDADO MATERNO DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS: SIGNIFICADO PARA SUS MADRES. CENTRO DE SALUD DE LIMA SUR**", para optar el grado Académico de Doctor.


Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación "**B**" **MUY BUENO 18 (DIECIOCHO)** a continuación, la Presidenta del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister **CECILIA MAURA CHULLE LLENQUE**, el Grado Académico de **DOCTOR ENFERMERIA**.

Se expide la presente Acta en seis originales y siendo las 10:00 am. se da por concluido el acto académico de sustentación.


DRA. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. RUDI AMALIA LOLI PONCE
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. LUISA HORTENSIA RIVAS DIAZ
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. GLADYS CARMELA SANTOS FALCON
ASESORA DE LA TESIS


DRA. ÁNGELA ROCIO CORNEJO VALDIVIA
PRESIDENTA DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

**CUIDADO MATERNO DE NIÑOS MENORES DE DOS
AÑOS: SIGNIFICADO PARA SUS MADRES.
CENTRO DE SALUD DE LIMA SUR**

DEDICATORIA

Esta Investigación va dedicada a mi familia, especialmente a mis hijos Ivett Cecilia y Juan Diego; a mi madre, mis hermanos y a Juan, mis seres queridos quienes siempre me muestran su apoyo, comprensión y me motivan para seguir desarrollándome como profesional.

A mi padre Lorenzo y mi abuelo Santos, (QEPD) quienes me dieron la oportunidad de estudiar y formarme como Enfermera; confiaron en mí a pesar de todas las dificultades y creencias de género. En este año 2019, se cumple 25 y 18 años respectivamente que se fueron al cielo.

Dedicado también a los niños menores de cinco años y a sus madres quienes son atendidos en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud público del país, porque ellos son la fuente de inspiración de esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por bendecirme durante toda mi trayectoria de vida y ayudarme a cumplir con mi misión laboral y familiar.

A la Dra. Gladys Santos Falcón por su amistad y por compartir sus saberes para el desarrollo de la presente investigación.

Al Vicerrectorado de Investigación y Posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por el financiamiento de esta investigación.

A mis amigos y compañeros de trabajo por motivarme y apoyarme incondicionalmente para lograr mis objetivos y metas.

A las madres entrevistadas, por aceptar participar en este estudio, contribuyendo de esta forma con la ciencia.

ÍNDICE

	Pág.
Título	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de esquemas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Presentación	ix

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivo del estudio	7

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Marco filosófico- epistemológico	8
2.2 Antecedentes de la investigación	16
2.2 Bases conceptuales	21

CAPÍTULO III: TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo y diseño de investigación	27
3.2. Unidad de análisis	27
3.3. Escenario del estudio	28
3.4. Sujetos de estudio	28
3.5. Técnica e instrumento de recolección de la información	29
3.6. Proceso de recolección de la información	29
3.7. Análisis e interpretación de la información	30

3.8. Aspectos Éticos	32
----------------------------	----

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN

4.1. Categoría 1: Considerando el cuidado al niño como una gran responsabilidad	35
4.2. Categoría 2: Considerando el cuidado al niño como satisfacción de las necesidades básicas	44
4.3. Categoría 3: Cuidando al niño con los saberes culturales	54
4.4. Categoría 4: Cuidando al niño con los saberes científicos	61
4.5. Categoría 5: Experimentando sentimientos y emociones ambivalentes frente al cuidado del niño	67

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. Consideraciones finales	74
5.2. Recomendaciones	78
5.3. Limitaciones	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1	Esquema figurativo 1: Considerando el cuidado al niño como una gran responsabilidad.	38
Esquema 2	Esquema figurativo 2: Considerando el cuidado al niño como satisfacción de sus necesidades básicas.	48
Esquema 3	Esquema figurativo 3: Cuidando al niño con los saberes culturales	58
Esquema 4	Esquema figurativo 4: Cuidando al niño con los saberes científicos.	66
Esquema 5	Esquema figurativo 5: Experimentando sentimientos y emociones ambivalentes frente al cuidado del niño.	73
Esquema 6	Campo representacional del cuidado materno al niño menor de dos años. Centro de Salud de Lima Sur, 2018	77
Esquema 7	Núcleo figurativo del cuidado materno al niño menor de dos años. Centro de Salud de Lima Sur, 2018.	78

RESUMEN

Objetivo: Comprender el significado que las madres le dan al cuidado materno de niños menores de 2 años. Centro de Salud Público de Lima Sur. **Material y métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo. El referencial teórico fue la Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. La recolección de la información se realizó entre marzo y mayo del 2018, previo consentimiento informado de las madres. Se entrevistó a 9 madres con edad promedio de 28 años, vinculadas a la asistencia al Consultorio de Control de crecimiento y desarrollo de un Centro de Salud Publico de Lima Sur. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas inmediatamente; la muestra se determinó por el nivel de saturación y se otorgó a cada participante un seudónimo (nombre de flores) respetando los principios éticos. Los discursos se analizaron según el Contenido Temático de Bardin. **Resultados:** Emergieron 5 categorías: 1. Considerando el cuidado al niño como: una gran responsabilidad, 2. Considerando el cuidado al niño como: satisfacción de sus necesidades básicas, 3. Cuidando con los saberes culturales, 4. Cuidando con los saberes científicos y 5. Experimentando sentimientos y emociones ambivalentes frente al cuidado del niño. **Consideraciones finales:** Los conocimientos de sentido común sobre el cuidado materno a niños menores de dos años de las madres que asisten al Centro de Salud de Lima Sur, provienen principalmente de la familia y en segunda instancia de los profesionales de la salud e internet. Priorizan sus saberes y prácticas culturales y representan al cuidado materno en los núcleos figurativos de responsabilidad, paciencia, organización, apoyo de los familiares, satisfacción de necesidades básicas y sentimientos y emociones ambivalentes. El campo representacional está conformado por el conjunto de prácticas y rituales cotidianos interrelacionados e interdependientes que involucra saberes y valores culturales, actitudes, estereotipos, sentimientos, emociones y conocimientos científicos para satisfacer las necesidades básicas y socializar al niño a fin de lograr su adecuado crecimiento, desarrollo y autonomía.

Palabras clave: Cuidado del niño; conocimientos, actitudes y prácticas en salud; cultura, conducta materna, responsabilidad parental.

ABSTRACT

Objective: Understand the meaning that mothers give to the care of children under 2 years old. Public Health Center of South Lima.

Material and methods: Qualitative, descriptive, interpretative study. The theoretical reference was the Theory of Social Representations of Serge Moscovici. The information was collected between March and May 2018, with the prior informed consent of the mothers. Nine mothers with an average age of 28 years were interviewed, linked to the attendance at the Growth Control and Development Office of a Public Health Center of South Lima. The interviews were recorded and transcribed immediately; the sample was determined by the level of saturation and each participant was given a pseudonym (name of flowers) respecting the ethical principles. The speeches were analyzed according to Bardin's Thematic Content.

Results: Five categories emerged: 1. Considering child care as: a great responsibility, 2. Considering child care as: satisfaction of their basic needs, 3. Caring for cultural knowledge, 4. Caring for scientific knowledge and 5. Experiencing ambivalent feelings and emotions in the care of child.

Final considerations: The common sense knowledge about maternal care for children under two years of age from mothers attending the Health Center of South Lima comes mainly from the family and secondly from health professionals and the internet. They prioritize their cultural knowledge and practices and represent maternal care in the figurative nuclei of responsibility, patience, organization, family support, satisfaction of basic needs and ambivalent feeling and emotions. The representational field is made up of the set of interrelated and interdependent daily practices and rituals that involve knowledge and cultural values, attitudes, stereotypes, feelings, emotions and scientific knowledge to meet the basic needs and socialize the child in order to achieve its proper growth, development and autonomy.

Key words: Child care, knowledge, attitudes and practices in health, culture, maternal behavior, parental responsibility

PRESENTACIÓN

Este estudio se origina por la preocupación de la investigadora al observar durante el ejercicio de la docencia universitaria en el área materno infantil, las paradojas que se dan en la práctica de Enfermería en el primer nivel de atención, sobre todo, en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de los centros de salud de Lima y Callao, sedes de la practica comunitaria.

Al atender conjuntamente con los estudiantes de Enfermería, a las madres y sus niños en los centros de salud, durante varios años, visualizó aspectos positivos, fortalezas del personal y de los servicios, el liderazgo de Enfermería, la motivación del personal de salud por ampliar las coberturas a pesar de las limitaciones; sin embargo, también observó, algunas debilidades en la práctica, la baja cobertura de las vacunas y asistencia al control de CRED, pero sobretodo el hecho de dar primacía a los conceptos biomédicos, sin considerar en lo más mínimo los conocimientos que las madres aprenden en su contexto sociocultural y el significado que le dan al cuidado de los niños.

Lo mencionado originó algunas interrogantes en la investigadora ¿por qué las bajas coberturas de las consultas de CRED?, ¿por qué las madres no cumplen con los acuerdos de la consejería integral dada en el consultorio de CRED, para cuidar a sus niños?, ¿Tendrá algo que ver el hecho de que no se consideren los significados y los códigos que construyen las madres para poder entenderse en su grupo social para cuidar a sus niños?

Existen estudios del cuidado infantil, desde el punto de vista sociológico y antropológico, tratando el fenómeno desde la perspectiva de género (Batthyány, Genta, & Perrotta, 2014), o el significado de la lactancia materna, (Moreira, Nascimento y Paiva, 2013); sin embargo, los estudios sobre el cuidado infantil como fenómeno social, son escasos. Se han encontrado dos trabajos de metodología etnográfica, uno realizado en los Distritos de Independencia y Carabayllo (Rubín de Celis, Pecho y Suremain, 2003) y otro en Bolivia, (Suremain, 2003). Ambos hallaron representaciones sociales importantes para comprender a las madres y la provisión de cuidados a sus niños.

La cultura en general, el conocimiento, las representaciones y los significados que las madres tienen respecto al cuidado de sus niños, deben ser estudiados y asimilados por los profesionales de la salud, para poder aproximarse a sus formas de pensar, de construir su mundo y su cosmovisión para cuidar a sus hijos. Entendiéndose entonces, por representaciones sociales al “conjunto de conceptos de sentido común, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales” (Moscovici 1979, mencionado por Araya 2002).

Sin lugar a dudas, el conocimiento científico es importante en el área de salud, pero no se debe dejar de lado la sabiduría ancestral, que a través de los tiempos ha sido utilizada por las madres en la crianza de los niños y que marcan la pauta en las familias para tomar decisiones respecto a la salud y enfermedad. En ese sentido, existe la necesidad de estudiar los significados que las madres le dan al fenómeno mencionado, descubrir su núcleo representacional y entender la red de relaciones y la forma de comunicarse en su grupo. La finalidad es encontrar una respuesta y, por tanto, una propuesta que se incluya en las políticas de salud que ayude a la solución de la problemática infantil.

Este estudio cuyo objetivo es Comprender los significados que las madres le dan al cuidado del niño menor de 2 años, desde la perspectiva de la Teoría de los planteamientos de Serge Moscovici está organizado en cinco capítulos. El Capítulo I. Planteamiento del problema, se describe la situación problemática, formulación, justificación y objetivos del estudio; en el Capítulo II. Marco Teórico Referencial, se presenta los antecedentes y el referencial teórico conceptual, el cuidado infantil y los factores que influyen en el cuidado del niño; en el capítulo III. Trayectoria Metodológica, se detalla el tipo y diseño de la investigación, la unidad de análisis, el escenario, los participantes, la técnica e instrumentos de recolección de la información, el proceso del análisis e interpretación de la información y los aspectos éticos. El Capítulo IV. Resultados, análisis e interpretación; se exponen las categorías emergentes; en el Capítulo V. Consideraciones finales, recomendaciones y limitaciones. Se concluye con las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

La primera infancia se considera una etapa vulnerable a la cual se debe dar prioridad en las políticas de salud, organizaciones, en la familia y comunidad, así como también proveerlo de “los servicios sociales básicos que contribuyan a brindar cuidados de la salud, educación, alimentación, vivienda y saneamiento, que les permitan a los niños un crecimiento adecuado y un desarrollo pleno sin enfermedades, desnutrición, analfabetismo y privaciones” (UNICEF, 2016). Se debe recordar que de una niñez saludable dependerá el desarrollo de una sociedad; de ahí la importancia de ofrecerles cuidados e intervenciones de calidad y satisfacer sus necesidades elementales durante sus primeros años.

Un aspecto relevante en la maduración del niño, es que el cerebro se desarrolla a la máxima velocidad en los primeros años, conformándose las conexiones neuronales (plasticidad). En el Informe de UNICEF (2016), señala que “si en esta etapa, el cerebro presenta alguna anomalía, se producirán consecuencias, que afectarán al niño y se evidenciarán en el futuro ciudadano”. Este mismo Informe revela que “la exposición continua a situaciones estresantes como la nutrición deficiente y el maltrato, pueden afectar las neuronas relacionadas con el aprendizaje y el desarrollo emocional” (UNICEF, 2016), afectando al desarrollo psicosocial cuya base fisiológica es el cerebro.

En ese sentido, la familia y los cuidadores, deben de ayudar a los niños a desarrollar al máximo sus capacidades psicomotoras a través de la estimulación temprana, el afecto y una nutrición balanceada, de acuerdo a su edad y principalmente prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia, que al presentarse se traducirán en tasas de morbilidad y mortalidad. Es importante, por lo tanto, que tengan acceso a los servicios de salud para su atención integral.

Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la situación de la infancia, informó que “la tasa mundial de mortalidad de los niños menores de cinco años, fue de 41% en el 2016, siendo las causas en el período neonatal; los partos prematuros, asfixia neonatal e infecciones. Desde un mes hasta los cinco años, las primeras causas son la neumonía, la diarrea y el paludismo (OMS, 2019), las cuales pueden prevenirse si hubiera acceso a intervenciones simples”. Por ello, los responsables de cada país deben trabajar para lograr los Objetivos del Desarrollo Sostenible y reducir la mortalidad de este grupo a 25 o menos/1.000 nacidos vivos (OMS, 2019).

Este panorama se evidencia también en el Perú con tasas de morbilidad y mortalidad por encima del promedio. Respecto a la desnutrición crónica, “en el 2018, afectó al 12,2% de las niñas y niños menores de cinco años, reportándose el mayor índice en las niñas y niños con madres que tienen un nivel educativo primaria o menor nivel (25,6%), y en la población infantil menor de tres años de edad (13,1%). En cuanto a la anemia, la prevalencia fue de 43,5% en la población de 6 a menos de 35 meses (INEI, 2019).

En el año 2017, la población de 0 a 11 años de edad, fue el 22% de 32 millones 162 mil 184 personas” (INEI, 2017). Para atender a este grupo etario, el Ministerio de Salud ha implementado los programas por etapa de vida de salud de las personas, estandarizando las intervenciones para el neonato, en la Norma de atención integral al Neonato y para el menor de cinco años, a través de la Norma Técnica de Salud para el Control de CRED de la Niña y el Niño menor de cinco años emitida en el 2010 y modificada en el 2017.

Sin embargo, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, 2017), “solo el 58.7% de los niños(as) de 36 meses asistían a la consulta de CRED”, lo que quiere decir que aproximadamente el 41% de niños no son controlados. Esta cifra desalentadora, se debe a varias razones entre ellas, las relacionadas al acceso geográfico, económico y cultural a los servicios de salud en nuestro país, empero, también a la gestión de los servicios de salud (Gonzales-Achuy, Huamán-Espino, Aparco, Pillaca & Gutiérrez, 2016).

Desde el punto de vista legal, el Código Peruano de los Niños y Adolescentes en su artículo 8º menciona “Los padres deben velar porque sus hijos reciban *los cuidados* necesarios para su adecuado desarrollo integral” (MIMP, 2000). En este contexto, los padres tienen el deber de cuidar a sus hijos para que en el futuro sean personas sanas y productivas, brindándoles protección, afecto y buena alimentación; entonces, van a tener más probabilidades de sobrevivir y de adquirir conocimientos y aptitudes relacionadas con el pensamiento, el lenguaje, las emociones y las relaciones sociales; es decir, que el rol de los padres es vital en el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Sin embargo, estos aspectos jurídicos se cumplen parcialmente desde hace algunas décadas, sobre todo en países occidentales en donde “hay crisis en la provisión de cuidados, a raíz de los cambios sociales, sus significados y la incorporación de las mujeres al mercado laboral; un problema que se debe solucionar desde las políticas públicas” (Legarreta, 2017).

En la provisión de los cuidados a los niños influye el contexto sociocultural “a través de las creencias y prácticas del cuidado de la salud” (Melguizo y Alzate, 2008), estas a su vez son parte de las representaciones sociales de cada grupo. En el Perú, por ejemplo, Campos y Castillo (2014) afirman que “las madres mantienen prácticas populares en el cuidado al neonato para satisfacer sus necesidades básicas; Dávila (2013) halló que “las familias cuidan al lactante basados en su saber, cosmovisión y cultura”. Asimismo, Guerra (2013) señala que “aunque las familias migren a otras ciudades, mantienen su identidad cultural”. En ese sentido, los profesionales de la salud deben conocer estos aspectos para que su atención sea social y culturalmente coherente con la cultura de las madres.

Respecto a las representaciones sociales, Moscovici (1984) las define como “conocimiento de sentido común, un tipo de saber empírico, que se organiza al interior de los grupos con una utilidad práctica”. Por su parte Jodelet mencionado por Araya (2002) afirma que “es la manera en que los sujetos sociales, aprehenden los sucesos cotidianos, las informaciones que circulan en su medio ambiente a fin de comprenderse y comunicarse”. Ambos autores manifiestan que, en estas, “hay presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores, normas y actitudes. Son principios interpretativos y orientadores de las prácticas, actuando como norma e influyendo en la toma de las decisiones de su salud”.

En Latinoamérica, en las últimas décadas, se está dando énfasis a estudios sobre las representaciones sociales; según Urbina & Ovalles (2018), “investigaciones con enfoque procesual, permiten develar las representaciones para entender el *ontos* sudamericano, destacando México, Brasil, Venezuela y Argentina. Los temas de los estudios son muy variados y demuestran la gran aplicabilidad de la teoría en el vasto escenario de los fenómenos sociales y humanos”. Por su parte, Ferreira (2016), sostiene que, “en el área de la salud, permiten comprender las representaciones construidas, para entender los comportamientos y las actitudes de las personas, de su vida cotidiana, así como la unión de conocimientos científicos con los tradicionales, la red de significados y valores compartidos en la atención en salud”.

Estudios respecto al cuidado infantil permiten conocer algunas de las representaciones sociales. Así tenemos que Batthyány, Genta y Perrotta (2014) señalan “el mandato de género en el rol cuidador de la identidad femenina, el cual trasciende las distintas posiciones sociales de las mujeres”. Por su parte Moreira, Nascimento y Paiva (2013) concluyeron que “la representación social del cuidado del bebé se define por la alimentación, el cuerpo, la salud y las afecciones”, mientras que Folle y Geib (2004) encontraron que, “las adolescentes representan el cuidado materno en los núcleos figurativos de afecto, integración familiar y realización materna”.

En cumplimiento de la función docente, al acudir con los(as) estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a realizar las prácticas en los Consultorios de CRED de los Centros de Salud públicos e interactuar con las madres, se observa que algunas de ellas, anteponen sus creencias a los acuerdos firmados en las consejerías para el cuidado de su menor hijo; así por ejemplo, se halló a un niño de 12 meses que había disminuido su peso en relación al mes anterior; al preguntarle a la madre sobre la composición de su almuerzo un día antes mencionó “le di quinua, pollo y su refresco”. Al indagar el motivo de no haberle dado arroz y frutas respondió “tiene tos y el arroz le raspa la garganta y le da más tos”, o el caso de otra madre que refirió “encargué a mi hija de 2 meses con mi tía, le dio leche de tarro y se estriñó, por eso le di jugo de granadilla”. Durante una visita domiciliaria, una madre de un niño de 7 meses manifestó: “mi suegra me dice que le de sopa para que pueda pasar la papilla”.

También se observaron otros aspectos, así tenemos que cuando el niño tiene alguna enfermedad hacen uso de infusiones, preparado a base de hierbas o productos naturales; el uso de vestimenta roja, gorro o calcetines o en su defecto, algún amuleto sobre todo las pulseras hechas de semillas de “huairuro”. Cuando el niño tiene fiebre y escalofríos lo abrigan más, acotan “hay que esperar que le pase porque si lo llevamos a la posta, lo bañan y le da la neumonía o si es *mal de ojo*, lo inyectan y se muere”. Asimismo, al preguntar a una de las madres ¿quién cuida a su niño cuando se va a trabajar?, respondió “he dejado de trabajar para dedicarme a mi hijo”.

Estas situaciones descritas evidencian que, a través del tiempo, las madres, han construido saberes de sentido común para cuidar a sus hijos, dando origen a ciertos comportamientos, prácticas y actitudes que identifican a su grupo social y que en alguna oportunidad no favorecen la salud del niño. Frente a ello y tomando los conceptos de Moscovici y Jodelet surgen las interrogantes: ¿Cuáles son los significados que las madres tienen sobre el cuidado de su niño(a)?, ¿Cuál es el campo representacional del cuidado infantil?

La finalidad es conocer los códigos con los cuales las madres se comunican en su grupo social para cuidar a sus hijos, describirlos para que el personal de salud finalmente pueda comprenderlos. De esta forma se develará “el fenómeno situado”, distinguiendo sus tres dimensiones: la información, la actitud y el campo representacional. En razón a ello se formula la pregunta:

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el significado que las madres le dan al cuidado materno de niños menores de 2 años atendidos en un Centro de Salud Público de Lima Sur?

1.3 Justificación

La Enfermera provee cuidado integral a seres sociales, por ello es importante conocer el contexto sociocultural del sujeto de atención, sus necesidades, su conocimiento de sentido común y el significado que le dan al cuidado de su salud y enfermedad. Al conocer el núcleo figurativo, campo representacional e interacciones de las representaciones de este fenómeno social, se está dando un paso importante para entender sus códigos y forma de comunicarse. El conocimiento del significado del cuidado infantil, es de suma importancia para la profesión de Enfermería sobre todo para ser considerados en las Consejerías, visitas domiciliarias y en el cuidado integral de esta población.

Los niños y las niñas, dependen totalmente de la madre y/o cuidadores y de los cuidados que les proveen. Las madres, son parte de las familias que proceden de diferentes ciudades del interior del país, tienen sus propios valores, creencias y costumbres que van a influir en sus prácticas de cuidado de su salud y enfermedad. Los cuidados adecuados generarán un crecimiento y desarrollo favorables, mientras que los inadecuados, generan un impacto negativo a largo plazo, reduciendo su capacidad productiva en su vida adulta. Por ello, es importante profundizar en el conocimiento de las representaciones sociales, comprenderlas y si es necesario iniciar la transformación de las que no favorecen la salud de los niños.

El conocimiento de estas representaciones y su significado permitirá entender este fenómeno y encontrar una posible respuesta a las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil y, por consiguiente, estos resultados se darán a conocer a las autoridades del Ministerio de Salud, de la sede del estudio para ser considerados en la elaboración de políticas sociales y de salud integral del niño menor de 5 años.

En la actualidad son escasos los estudios que abordan esta temática a nivel nacional e internacional. Por ello, es importante contribuir a profundizar sobre las representaciones sociales de las madres respecto a los cuidados al lactante durante su crecimiento y desarrollo, prestando atención a los aspectos o elementos socioculturales asociados a éste fenómeno social. En ese sentido, este estudio, constituye una evidencia que contribuirá al conocimiento científico aperturando una línea de investigación.

1.4 Objetivo del Estudio

El estudio tiene por objetivo:

Comprender el significado que las madres le dan al cuidado materno de niños menores de 2 años atendidos en un Centro de Salud de Lima Sur.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2. 1. Marco filosófico-epistemológico

Para la comprensión del cuidado al niño menor de dos años, se consideró necesario utilizar el referencial teórico de las representaciones sociales, propuesta por Serge Moscovici (1986), debido a su naturaleza psico-socio-cultural. Este abordaje se puede realizar desde dos enfoques:

1. *Procesual*: Banchs mencionado por Cuevas (2016), sostiene que “para conocer las representaciones sociales se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas de los significados del lenguaje. Se trata de comprender los hechos particulares que dan lugar a la elaboración de una representación específica, ligados a la historia, el contexto y la cultura; empleando para ello el método cualitativo y la triangulación de varias técnicas”.

2. *Estructural*: Trata de buscar “metodologías para identificar su estructura o núcleo de las representaciones sociales y desarrollar explicaciones acerca de las funciones de la estructura” (Cuevas, 2016). Su propósito es conocer la organización de los elementos de la representación (núcleo central, elementos periféricos). En el análisis de los discursos utilizan técnicas correlacionales y análisis multivariados.

Este estudio se realizó desde el enfoque procesual porque el interés es descubrir el significado que le dan las madres al cuidado infantil, sus conocimientos de sentido común, sus actitudes, valores y las prácticas relacionadas con este fenómeno.

2.1.1. Teoría de las representaciones sociales.

La teoría de las representaciones sociales creada por Moscovici constituye un marco conceptual que permite entender los significados y valores de los individuos sobre determinado fenómeno social; en el caso de la presente investigación, es el significado que las madres le dan al cuidado de los niños menores de 2 años. Esta teoría “unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción” (Araya, 2002). Moscovici, define las representaciones sociales como “sistema de valores, ideas y prácticas que sirven para establecer un orden y orientar a los individuos en un mundo social y tener dominio sobre él; a la vez, a través de códigos permitir el intercambio social y clasificación de los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal” (Araya, 2002).

Se refiere también al “conocimiento de las sociedades en donde existen múltiples ideas y la noción de cambio continuo, distinto al concepto estático y preestablecido que no permitía incluir formas de pensamiento nuevos sostenido por Durkheim” (Jodelet, 1991). En ese sentido, la noción de cambio continuo es intrínseca a los fenómenos histórico-sociales, lo cual significa que todo cambia permanentemente en una sociedad. Empero, no debe entenderse sólo como progreso, sino que la sociedad se modifica, transforma y evoluciona” (García & Jiménez, 2014).

Por ello, Vergara (2008) afirma “las representaciones sociales “construyen la realidad y permiten la comunicación en el grupo social; se generan en determinado contexto sociocultural y cosmovisión y van cambiando a través del tiempo”. Este mismo autor sostiene que “la construcción social de la realidad y la comunicación son los puntos principales de las representaciones sociales. La conexión de contexto y conocimiento nos da a conocer la

influencia de las tradiciones fenomenológicas, que permiten relacionar el conocimiento científico y el sentido común en un contexto social de producción” (Vergara, 2008). En ese sentido, la historia de las sociedades va a influenciar, por ello se argumenta que “el conocimiento es histórico; cambia a través del tiempo. Es cultural; para entender esto se debe comparar los contextos. Es público; se necesita mirar cómo éste cambia en relación con los diferentes intereses y proyectos” (Jovchelovitch, 2001).

En síntesis, las representaciones sociales “reflejan, crean, construyen y mantienen un mundo social. Tal es así que, nos hacen entender las distintas relaciones que pueden existir entre lo sociocultural y lo individual, y también de analizar a la persona como un participante cultural que es paralelamente una construcción social y un constructor social de experiencias” (Aguirre, 2004). En otras palabras, *la representación social* es un tipo de conocimiento producido por las mismas personas que conforman un grupo social y ellas mismas se encargan de hacerlas conocidas a través de la comunicación transmitiéndoles a sus hijos de generación en generación.

2.1.2. Perspectivas teóricas y metodológicas de las Representaciones Sociales

Está conformada por tres líneas de desarrollo teórico y metodológico. Una se fundamenta en el Modelo socio genético, propuesta por Moscovici (1984) y Jodelet (1986), la segunda es el Modelo Estructural o Teoría del Núcleo Central, basada en los procesos cognitivos y desarrollada por Abric (2001) y la tercera es el Modelo Socio-dinámico de Doise (1986), (Rateau & Lo Mónaco, 2013).

a. Modelo socio genético

Moscovici (1984) sostiene que “existen dos subprocesos *la objetivación* y *el anclaje*, que hacen inteligible la realidad obteniéndose un conocimiento práctico y funcional, que conlleva a que las personas se desenvuelvan en forma normal en situaciones de la vida diaria”.

Jodelet (1986), afirma que “estos subprocesos que se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social, son interdependientes entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales”. A continuación, descubriremos ambos subprocesos que caracterizan este modelo.

Objetivación (lo social en la representación): Se refiere a la “transformación de conceptos abstractos y extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él lo invisible se convierte en perceptible, se hace claro lo difuso. En cierto modo, es una operación formadora de imagen. Objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos” (Moscovici, 2008). Así, “la objetivación reconstruye el objeto entre lo que nos es familiar para poder controlarlo”. Este proceso implica a su vez tres fases: (Jodelet, 1986).

- “*La construcción selectiva*: es decir, la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados” (Jodelet, 1986). En otras palabras, son conceptos fuerza del discurso.
- “*El esquema figurativo*: el discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en una imagen representativa, simbólica, distintiva para que los sujetos sociales puedan entenderse”. “Estas imágenes organizadas se le llama *núcleo figurativo*, o sea, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente que capta la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar. Esta simplificación en una imagen, hace que las personas se comprendan de forma más sencilla. Mientras más se utilice, se convierte en algo natural, sin lugar a cuestionamientos” (Moscovici, 1984).
- “*La naturalización*: Se refiere a la transformación de un concepto en una imagen, perdiendo su carácter simbólico arbitrario y pasa a ser una realidad con existencia autónoma. Las imágenes sustituyen la realidad, lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la

imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido y que lo utilizamos en forma diaria” (Moscovici, 1984).

El Anclaje (la representación en lo social): Se refiere a la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento del grupo, es decir, de su inserción orgánica dentro de un pensamiento ya constituido, utilizado para comunicarse y transmitirlo de generación en generación” (Jodelet, 1991).

El proceso del anclaje, “interacciona en forma dialéctica con la objetivación, articulando las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales. Consiste, por tanto, en transformar lo que es extraño en familiar. Además, lo que lo diferencia de la objetivación es que permite incorporar lo extraño en una red de categorías y significaciones” (Moscovici 2008); emergiendo las categorías que constituirán la representación social.

Así, “los conceptos se transforman en elementos de la realidad con una existencia material” (Jodelet, 1986). “La representación está entonces constituida y alcanza el estatus de evidencia que va a servir de base para orientar los juicios y las conductas al respecto” (Rateau & Lo Mónaco, 2013).

Se deduce entonces, que para que se genere una representación social, se requiere de varias condiciones que afecten al fenómeno social (en el caso de este estudio es el cuidado materno, y el grupo son las madres y sus niños). El cuidado de la salud al ser humano adulto o infantil está presente en la vida social de los seres humanos y según la evolución y los cambios que se dan a través del tiempo, producirá cambios en las concepciones y la visión del mundo y viceversa. Cuando se da el proceso de anclaje del conocimiento se produce la incorporación orgánica dentro del pensamiento de las personas y, por tanto, el arraigo de la representación y de su objeto.

Dimensiones de la Representación Social.

Las Representaciones sociales como forma de conocimiento “hacen mención a un contenido. Cuando se obtienen datos de una representación social mediante la asociación libre de palabras, los contenidos son de naturaleza variada, clasificándose en tres modos:

- a) *El semántico*: se aplica a los textos, lográndose obtener un material relacionado a objetos, sucesos, emociones y sentimientos y a veces personajes-fenómeno de la representación social;
- b) *El modo lexical*: clasifica sustantivos, verbos, adverbios, adjetivos, proposiciones y todas las expresiones gramaticales. Si se analiza se extraen frecuencias de palabras, tasa de adjetivos/verbos, verbos/total de palabras.
- c) *El modo cognoscitivo procesual*: observa creencias, atribuciones de casualidad, estereotipos, actitudes y tendencias de conducta” (Vergara, 2008).

En ese sentido, la representación social es una “forma particular de adquirir y comunicar conocimientos, distinguiéndose tres dimensiones: la información, la actitud, y el campo de representación” (Moscovici, 1979 mencionado por Araya, 2002).

- *La actitud*: Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. Las RS contienen a las actitudes y no a la inversa, ya que aquellas van más allá del abordaje tradicional de las actitudes y acercan mucho más el concepto al campo social.
- *La información*: Es la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. Se puede distinguir su carácter estereotipado o prejuiciado, revelando la presencia de la actitud en la información. El origen de esta información es importante considerar pues surge del contacto directo con el objeto, y de las prácticas que la persona desarrolla respecto a ese fenómeno.

- *El campo de representación*: Se refiere a la organización interna y a la jerarquización de los elementos que conforman el contenido de la RS. Es el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social.

La teoría del esquema figurativo es importante para el cambio social. Si se pretende modificar una representación, las intervenciones deben dirigirse principalmente a modificar el esquema, porque de él depende el significado global de la representación.

b. Modelo estructural

Jean Claude Abric y Flament mencionados por Abric, (2001), sustentan que “toda representación social se establece alrededor de un *nodo central* y de un *sistema periférico*. El primero, da significado a la representación social y está constituido por elementos importantes cuantitativos y cualitativos. Está ligado a los eventos históricos, sociológicos e ideológicos del grupo; se caracteriza por su estabilidad, rigidez y continuidad, lo que permite la permanencia de la representación” (Vergara, 2008), a diferencia del *sistema periférico* el cual está determinado por la historia individual de las personas y sus experiencias particulares. Esto hace que los elementos tengan mayor influencia del contexto social inmediato donde las personas viven y se interrelacionan, haciéndolas más dúctiles e inestables, vulnerables a las presiones de elementos extraños a la representación (Vergara, 2008).

Un aspecto importante que ayuda al análisis de la formación y transformación de las representaciones sociales, es el estudio de las prácticas sociales. Estas últimas son sistemas de acción socialmente estructurados, y están instituidas en relación con los roles (Flamet, 1987, citado por Arciga, 2004). La interacción relevante puede permitir su transformación, existiendo tres tipos:

- *Transformación progresiva*: en el cual las prácticas nuevas no entran en contradicción con el núcleo de la representación.

- *Transformación resistente*: en el cual las prácticas nuevas contradicen el núcleo de la representación, activándose diversos mecanismos de defensa que le permiten al sujeto mantener el estado de la representación. Si bien aparecen elementos extraños en el sistema periférico, no afectan en un principio al nodo central, sólo sería afectado si los elementos extraños se multiplican en forma constante, y
- *Transformación brutal*: Se refleja en el cambio total de los elementos del núcleo central” (Abric, 2001).

c. El modelo socio dinámico

Doise, mencionado por Rateau, & Lo Mónaco, (2013) propone un modelo teórico que “tiende a conciliar la complejidad estructural de las representaciones sociales y su inserción en los contextos sociales e ideológicos, es decir, está centrada en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales, es decir que las representaciones se aprecian dentro de una dinámica social, ubicando a los actores sociales en situación de interacción”. “Cuando interaccionan las personas sobre aspectos importantes, genera una toma de posición específica, referente a las inserciones sociales de los individuos. Es decir, que las posiciones expresadas a propósito de una cuestión dada, dependen de las pertenencias sociales de cada uno, lo que reenvía al proceso de anclaje descrito por Moscovici” (Rateau & Lo Mónaco, 2013).

2.1.3. Importancia de la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) en los estudios del área de la salud

En la década pasada, Araya (2002), planteó el desarrollo de este tipo de estudios, porque “permite aproximarnos a la *visión de mundo*. Es importante entonces, conocer y cuestionar el núcleo figurativo de una RS sobre el cual se articulan creencias ideologizadas, ya que es un paso importante para la modificación de una representación y por tanto de una práctica social”.

La Enfermera provee cuidado integral a la persona y familia en los tres niveles de prevención, compartiendo la responsabilidad con otros profesionales de la salud; en ese sentido, establece relaciones cotidianas con seres sociales, por tanto, su práctica es netamente social y como tal debe tener las capacidades para comprender el contexto sociocultural de su sujeto de atención, identificar los significados que dan a los fenómenos sociales a través del tiempo.

Es importante entonces, descubrir sus representaciones del sujeto de atención, conocer el núcleo figurativo y el campo representacional (ideas, conceptos, estereotipos, creencias, costumbres) de un determinado fenómeno, sus interacciones y su dialéctica; de esta forma, aproximarse a sus códigos de comprensión y comunicación, entenderlos y aportar soluciones a los problemas que los aquejan. Por ello se hace necesario que este enfoque teórico sea incorporado en las disciplinas del área de la salud y especialmente de Enfermería. En este caso se estudiará el cuidado materno-infantil.

2.2. Antecedentes de la investigación

En el ámbito internacional

Batthyány, Genta y Perrotta (2014) estudiaron *Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspectiva de género*, con el objetivo de analizar y caracterizar las representaciones sociales del cuidado infantil en Uruguay, su relación con el nivel socioeconómico y educativo, convivencia con niños pequeños y la influencia en las políticas públicas. Se trata de un estudio correlacional. El universo fueron varones y mujeres mayores de 18 años. Se utilizó una encuesta aplicada a una muestra estratificada por ingresos y por región de 800 casos. Las conclusiones demuestran “la presencia de la familia en las representaciones y el mandato de género en el rol cuidador de la identidad femenina, que trasciende las distintas posiciones sociales de las mujeres. Ellas, están más dispuestas que los varones a abandonar o flexibilizar sus empleos para dedicarse al cuidado de niños. Atribuyen a los varones, la responsabilidad de garantizar el cuidado, aludiendo a su rol de proveedores económicos”.

Moreira, Nascimento y Paiva (2013) realizaron una investigación cualitativa centrado en la TRS desarrollada en un hospital de Itabuna-Bahia, Brasil, con el objetivo de aprehender las representaciones sociales sobre la lactancia materna de las mujeres en la misma familia y tres generaciones e identificar las continuidades y discontinuidades en las prácticas. Se realizó entrevistas semiestructuradas a 21 mujeres y a través del análisis de contenido temático se revela que “las representaciones se movieron entre las percepciones positivas y negativas, el proceso de enseñanza-aprendizaje se lleva a cabo en la intergeneracionalidad mediada por las enfermeras, la observación y los medios de comunicación. El cuidado del bebé se define por la alimentación, el cuerpo, la salud y las afecciones. Se concluye que es necesario comprender las representaciones en perspectiva individual y generacional.

Stefanello, J, (2008) desarrolló un estudio cualitativo con el objetivo de comprender las representaciones sociales de las mujeres/madres sobre las prácticas alimentarias de niños menores de un año. Las participantes fueron 15 madres usuarias de la red de salud de Riberão Preto-SP. Los instrumentos fueron entrevistas semi-estructuradas y fotografías del contexto social de la alimentación del niño. El contenido fue categorizado mediante el análisis temático. Emergieron cuatro categorías: 1) el contexto de construcción de las prácticas de la alimentación infantil; 2) la alimentación del niño en el primer año de vida; 3) Personas referentes para las prácticas alimentarias infantiles y 4) La alimentación y la salud del niño. Como una de las consideraciones finales tenemos que las prácticas alimentarias infantiles se orientan por saberes que pasan por el discurso científico y alcanzan las subjetividades del conocimiento de las mujeres del medio relacional predominante de dominio femenino.

Estos estudios son importantes porque investigan las representaciones sociales de las prácticas de la alimentación del niño con enfoque de la TRS.

Folle E, & Geib, LTC. (2004), realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de analizar las representaciones sociales de las adolescentes primíparas acerca del cuidado materno al recién nacido en el domicilio. Estuvo sustentado en la TRS. Participaron ocho adolescentes, con hijos recién nacidos. Se recolectó la

información a través de entrevistas semi-estructuradas, analizados con el Análisis de contenido temático. Se halló que las adolescentes representan el cuidado materno en los núcleos figurativos de afecto, integración familiar y realización materna. Simbólicamente, está basado en la formación de la familia, en la perennidad de los sentimientos y en el compromiso con el desarrollo psicomotor del niño.

Este trabajo se relaciona con el presente estudio en cuanto al tipo de investigación y el tema.

En el ámbito Nacional

Campos y Castillo (2014) realizaron una investigación de enfoque cualitativo, método etnográfico con los objetivos de describir, analizar y comprender los cuidados culturales que brinda la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca, Ferreñafe, Perú”. La muestra fue determinada por saturación, siendo los informantes nueve madres que tienen un bebé nacido en su domicilio. El escenario fue el hogar de cada madre. A través de la observación participante, la entrevista etnográfica y el diario de campo se recolectó la información. Se usó el análisis temático de Spradley (1980), emergiendo tres temas. Se concluye que “las madres mantienen prácticas populares en el cuidado al neonato para satisfacer sus necesidades básicas, usando la naturaleza de acuerdo a su bagaje cultural; brindan lactancia materna combinada con infusiones, no ofrecen el calostro a los neonatos porque creen que es malo; como protección cósmica ante aire, mal de ojo, y susto, utilizan el cuy, azufre, periódico con timolina. El afecto y acompañamiento se brinda al sostener al neonato en su espalda con la chicta.

Guerra (2013) realizó un estudio cualitativo con método etnográfico que tuvo como objetivos: describir, analizar y comprender el cuidado cultural de las familias inmigrantes de la comunidad de San Rafael. Estuvo fundamentada por Waldow, Leninger, Muñoz, Bustamante y Oliver. La muestra fueron 8 familias del pueblo joven la Otra Banda de la comunidad de San Rafael de Zaña, obtenida por saturación. La recolección de la información fue mediante la observación, el diario de campo y la entrevista. Usando el análisis temático de Spradley, se

infiere que la familia es el núcleo donde nacen los cuidados culturales, las prácticas y creencias mágico-religiosas sobre el sanar, cuidar y prevenir enfermedades, a través del uso de plantas medicinales, objetos artesanales y ciertos animales, aunque las familias migren a otras ciudades, mantienen su identidad cultural e incluso tratan de vivir en una comunidad delimitada.

Dávila (2013) desarrolló una investigación cualitativa-etnográfica con el objetivo de caracterizar, analizar y comprender los saberes y prácticas de cuidados culturales que brinda la familia al lactante menor en la Comunidad Awajun. Se fundamentó en Japiassú (1992), Leininger (1995) y Bustamante (2004). Los participantes fueron 7 familias de la Comunidad Juan Velazco-Amazonas, obtenidos por saturación. Se recolectó la información mediante la observación, el diario de campo y la entrevista etnográfica. Se hallaron cuatro categorías: 1) Prácticas populares para satisfacer las necesidades básicas, 2) Uso de la naturaleza y juegos para mejorar el crecimiento y desarrollo, 3) Creencias y costumbres para cuidar/sanar los síndromes culturales y 4) Costumbres para cuidar/sanar enfermedades prevalentes. Se concluye que las familias indígenas cuidan del lactante basados en su saber, cosmovisión y cultura, manifestando prácticas de cuidado peculiares en la alimentación, vestimenta, higiene, descanso, estimulación, afecto, juego. Dan protección cósmica, usando semillas, plantas, animales, luego los automedican y finalmente acuden al centro de salud.

Jáuregui (2010) en Lima, analizó a través de un estudio de caso, el significado del componente CRED, siendo el objetivo Comprender el significado que le conceden al Componente de Crecimiento y Desarrollo las madres de niños de 1 a 4 años de edad del AAHH Nueva Unión. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista semi-estructurada a doce madres y una abuela, y las observaciones realizadas en la sede del estudio. Emergieron las siguientes categorías: Concepciones de las madres sobre salud -enfermedad del niño y el Componente de CRED, Razones de la asistencia e inasistencia de las madres al Control de CRED, Interrelación Madre-Enfermera-Niño. Se concluye que “las madres consideran como eje central de la atención de CRED la aplicación de las vacunas, que es la principal motivación por la que acuden al establecimiento de salud con su niño”.

Se han considerado estos antecedentes de enfoque cualitativo etnográfico porque están relacionadas con los aspectos socioculturales de los cuidados del niño, la salud y enfermedad, por lo tanto, sus resultados se utilizarán sobre todo en la discusión.

Rubin de Celis, Pecho y Suremain (2003), realizaron un estudio sobre *Representaciones y significados de la salud infantil en el Perú*, en zonas de Independencia y Carabayllo. Se trata de una investigación socioantropológica fundamentada en el constructivismo, la teoría de las representaciones sociales y el interaccionismo simbólico. El objetivo fue comprender los significados y las representaciones de las madres de niños menores de cinco años con respecto al proceso salud/enfermedad y a las prácticas de los cuidados especiales para apoyar su crecimiento y desarrollo”. Además, “conocer las representaciones del personal de salud acerca de los cuidadores, las percepciones y opiniones sobre los otros sistemas de salud. Las técnicas utilizadas fueron: (i) la observación directa (relación médico/paciente); (ii) las entrevistas semi-estructuradas al personal de salud, madres de familia, padres y abuelas, que tienen la responsabilidad directa o complementaria de los menores de cinco años de edad; (iii) los grupos focales con madres de familia, promotoras de salud y padres”.

El estudio se realizó en seis meses con una población de 100 madres de ambos asentamientos poblacionales. Se concluye que: “Las representaciones y los significados asociadas al estado de salud/enfermedad son el complejo producto de conocimientos, saberes, experiencias y la adecuación a los contextos y orientan principalmente las prácticas de atención y cuidado de la salud de los niños. Existe la necesidad de aplicar enfoques educativos que mejoren el intercambio de saberes en un clima de respeto y comprensión, de tal manera que se garanticen los procesos de cambio en ambos actores. La elaboración de materiales educativos debería recoger la *sabiduría* de los cuidadores.

Este estudio a pesar de que se desarrolló hace 15 años, es el único que investigó las representaciones sociales del cuidado infantil en dos distritos de Lima, el cual es una guía que permite establecer las bases conceptuales y la metodología, además de confrontar los resultados con los obtenidos en este estudio.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Historia del cuidado infantil

A través de la historia, el cuidado hacia el ser humano, ha tenido como finalidad la sobrevivencia en el planeta. Respecto al cuidado del niño, en la antigüedad, eran coherentes con el concepto que tenían de este; el cual se consideraba como un individuo que no era un ser completo o que era un adulto pequeño. En la cultura Helénica, “la filosofía influía en el cuidado a los niños; Sócrates decía que era un ser no perfecto mientras que Aristóteles afirmaba que era un ser inanimado”. En el papiro de Ebers, 1550 antes de Cristo (a.C.) menciona la “información sobre el nacimiento, enfermedades del lactante y la lactancia materna (Universidad de Murcia, 2013).

En el siglo XVI, se da inicio a los cuidados institucionalizados para los niños enfermos creándose el primer hospital en la ciudad de Teruel. En 1802 se crea el primer Hospital infantil de importancia L’Hospital des Enfants Malades de Paris, el cual amparó las ideas de Rousseau de la entidad del niño como ser completo, ya que defendía la creación de Dios como perfección y que el mismo hombre es quien la degenera”. En el siglo XX se logran los máximos avances en los cuidados infantiles, “que están ligados con las condiciones sociales y económicas del entorno, así como la declaración de los derechos de los niños y niñas a la salud, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1989” (Universidad de Murcia, 2013).

En el Perú, según Basadre, mencionado por Bustíos (2010) “durante la época virreinal las mujeres recibían formación para cumplir sus papeles de esposa, madre y ama de casa”. Así, “los niños nacidos dentro del matrimonio eran cuidados por la familia, mientras que los hijos ilegítimos eran abandonados, cuidados por mujeres o una ama que lo abrigaba y lactaba en los orfanatos”

La información que hace mención al tipo de cuidados que las familias preveían a los niños es lo que refiere Eyzaguirre citado por Bustíos (2010) “Los niños de 1 a 5 años presentan mayor mortalidad...siendo la enteritis la que provocaba más

muertes de niños de 0 a 2 años en el país; a consecuencia de un conjunto de factores como la corta lactancia y la torpe ablactancia a cargo de madres que desconocían como hacerlo, ya que al cuarto mes recibían las comidas más indigestas”. Manarelli (2002) refuerza esa información mencionando otras enfermedades de la población infantil de Lima entre 1900 y 1930, como “la neumonía, meningitis, tuberculosis, paludismo, sarampión, coqueluche, bronquitis y el tétanos. La enteritis mataba a más de un tercio de los niños y se señalaba como factores los hábitos y costumbres de los habitantes, la pobreza de la alimentación, la falta de higiene y muchas veces se culpaba a la madre de este fracaso, pues no supo dirigir la crianza de su hijo”. Situación que se mantuvo a través de varias décadas.

Durante los años de 1821 a 1922 la población peruana le daba escasa importancia a la vida de un recién nacido. En las comunidades rurales de Puno, por ejemplo, los padres recién consideraban al niño como un miembro de la familia a partir del año de vida o de los 18 meses, después que se aseguraba su sobrevivencia, recién le ponían su nombre. Las muertes infantiles eran consideradas como algo natural, solo después de la Guerra del Pacífico se comenzó a vincular la infancia y a la maternidad con las posibilidades de progreso del país. Surgieron entonces, organizaciones filantrópicas para ayudar al niño y la madre, creándose también las Sociedades de Beneficencia a quienes se les delegó la responsabilidad de la atención médica y social. Se crearon también los hospitales para la atención de la madre y el niño, y se implementaron programas de salud materno-infantil (Bustíos, 2010).

En la actualidad, la asistencia y cuidado de la salud del niño y la mujer en comparación con la de hace cuatro siglos y medio ha cambiado especialmente en sus aspectos jurídicos, existe el reconocimiento universal de sus derechos humanos. Por lo tanto, los estados tienen la obligación legal de respetar, proteger y cumplir esos derechos que debe traducirlos en políticas nacionales pertinentes (Bustíos, 2010).

2.3.2. Conceptos sobre el cuidado infantil

Batthyány, Genta y Scavino (2014) conceptualizan al cuidado infantil como “la acción de ayudar a un niño a desarrollarse y a facilitarle bienestar en su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material que implica un costo económico y del cuidado psicológico que implica el desarrollo de un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Ello puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia, o de manera remunerada en el marco o no de la familia”.

Para cuidar al niño, se debe considerar algunos aspectos generales según sus características en cada etapa de vida. Los cuidados mencionados en la Norma Técnica de CRED para la atención del niño y niña menor de 5 años del Perú, son: “la higiene general su frecuencia y tiempo, el tipo de vestimenta según las estaciones, la lactancia materna, alimentación complementaria, el desarrollo psicomotor, estimulación temprana, el afecto, las vacunas y la seguridad para prevenir accidentes” (MINSA, 2017).

2.3.3. Las dimensiones del cuidado del niño

Suremain (2003), en su trabajo Representaciones y prácticas de cuidado del niño en Bolivia, propone aprehender la noción de cuidado del niño desde cinco dimensiones:

- a. *Conjunto de prácticas globales/globalizantes e interdependientes*: la cual constituyen un conjunto de saberes (conocimientos, gestos) que se pueden calificar como “técnicas” o procedimientos más o menos estereotipados que hacen distinción entre los cuidados de salud y los cuidados alimentarios. También implica actitudes, que son variables en función de la historia individual de la persona que las proporciona y de los modelos valorizados en la sociedad local. De esta manera, establecen *rituales cotidianos* que manifiestan el pensamiento simbólico. En este sentido, el cuidado dirigido al niño procede de un conjunto de prácticas globales e interdependientes”. (Suremain, 2003).

- b. *Revelador del estatus del niño y de los retos en torno a su salud*: “La comprensión de los cuidados del niño implica en primer lugar estudiar las principales características de la familia en la cual éste vive y poder determinar el estatus que tiene el niño. El conocimiento de los patrones de residencia, de la filiación y de los sistemas de actitudes asociados permite comprender mejor la toma de decisión respecto a la salud, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del niño” (Suremain, 2003).
- c. *Actividad cotidiana y doméstica involucrando al entorno*: Para los responsables, “el cuidado está más ligado a la transmisión de saberes familiares, a la negociación entre los padres y a la influencia del entorno familiar o extra familiar que a la aplicación mecánica de recomendaciones biomédicas. Intervienen en el cuidado el padre y la familia extensa como los abuelos, las tías y a veces las vecinas”. (Suremain, 2003).
- d. *Como ritual cotidiano*: “La alimentación y la salud del niño pertenecen a una especie de “ritual cotidiano” que podría revelar el papel de las creencias y las prácticas mágico-religiosas en un periodo de vida en el que el niño, es un importante factor de ansiedad para las madres y el entorno” (Suremain, 2003).
- e. *Práctica socializadora del niño*: “A través de ellos, el niño interioriza hábitos, valores, comportamientos y roles cuya comprensión y dominio le aseguran un lugar y un estatus al interior de la familia y, de forma más amplia, de la sociedad local. Más allá del bienestar fisiológico y psicológico de los cuidados, su función es básicamente social. Más allá de asegurar la supervivencia individual del niño, los cuidados contribuyen a la supervivencia de la sociedad” (Suremain, 2003).

2.3.4. Aspectos relacionados con el Cuidado infantil:

Existen aspectos variados que influyen en el cuidado infantil, dentro de los cuales mencionaremos a la cultura y la maternidad (Palomar, 2005):

- a) *La cultura*: Los cuidados del niño son de responsabilidad de los padres, principalmente de la madre, quien es parte de un grupo de la comunidad que tiene sus propias características y que influyen en sus miembros que la conforman, siendo una de ellas, la cultura. Leininger y McFarland (2002), argumentan que “la cultura influencia nuestro desarrollo como seres humanos desde lo biológico, lo psicológico, lo social y, por supuesto, lo cultural en sí mismo”.

Por su parte Palomar (2005) afirma que “La cultura, imprime un sello característico a las creencias y prácticas de las personas y en lo relacionado al cuidado del niño tiene que ver con las prácticas histórico culturales de la maternidad que ha ido evolucionando; se consideraba al inicio solo un papel nutricional y en la actualidad, su función es fundamental en la salud del niño. Las mujeres: no son solamente los seres que dan la vida y el amor por sus hijos, sino que tienen responsabilidad sobre su estabilidad, desarrollo, calidad humana y sus prácticas están de acuerdo a sus creencias y costumbres”.

- b) *La maternidad*: Según Palomar (2005), el cuidado infantil también es parte de la historia cultural de la *maternidad*, “es una práctica cultural social, contrariamente al concepto del saber común que presenta a la maternidad como un fenómeno con un único significado y como la expresión de la esencia femenina. Desde el punto de vista antropológico, se le ha estudiado a través de los trabajos de la historia de la infancia y de la familia”. El mismo autor, sostiene además que “la maternidad es una práctica en movimiento cuya fenomenología y sentido se modifican conforme el contexto se va transformando. Las madres tienen una historia y, por lo tanto, la maternidad es una parte de la cultura en evolución continua” Palomar (2005).

En estos tiempos como lo afirma Palomar (2005) “se habla, más que de la *maternidad*, de la *función materna* y los efectos de la evolución de las costumbres y de la crisis del patriarcado sobre la función y el papel social de varones y mujeres en la práctica de la reproducción del grupo social y

la atención de los nuevos sujetos sociales”. Otro aspecto que ha tratado este autor es la parentalidad contemporánea. Señala que ambos padres sin distinción de sexo, se encuentran involucrados en una nueva y común responsabilidad, sin que estén claros todavía los efectos de esta realidad producida por las mutaciones de la práctica cotidiana de la crianza de los hijos en nuevos contextos culturales”.

Por tanto, los cuidados del niño tienen que ver con la práctica social en donde se reproduce el grupo social, asimismo el concepto de maternidad está muy ligado a la crianza del niño. Este, implica un conjunto de prácticas efectuadas por sus progenitores o un adulto que pueda actuar con responsabilidad ante cualquier contingencia con el niño. Se sabe que son un grupo muy vulnerable, dependiente, y que necesitan la vigilancia constante porque están expuestos a muchos riesgos, accidentes, enfermedades. Al asegurar su bienestar y su adecuado crecimiento y desarrollo, se está formando un ser humano productivo para la sociedad.

Un aspecto que también se debe señalar son las *determinantes sociales*: “aquellos factores que ejercen su influencia sobre los diferentes componentes de lo que se deriva un mejor o peor estado de salud de la población. Uno de los modelos es el de Dahlgren y Whitehead (2009), mencionado por Jasso y López (2014), conocido como el Arcoíris de los Determinantes Sociales de Salud, el cual coloca a la persona y sus características sociodemográficas en el centro, y alrededor están los grupos de determinantes: el estilo de vida, las redes sociales, las condiciones de vida y trabajo y, finalmente, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de cada localidad. Están divididos en "estructurales" (el contexto socioeconómico y político, mientras que a nivel micro o individual se incluyen los factores: educativo, empleo u ocupación e ingreso, entre otros) e "intermediarios" (incluyen los factores biológicos, estilo de vida, condiciones de vivienda y al sistema de salud encargado de brindar esos servicios)”.

CAPÍTULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El abordaje del estudio es Cualitativo, tipo descriptivo e interpretativo. Un estudio descriptivo determina como es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno, buscando especificar sus propiedades más importantes. La investigación con enfoque cualitativo, trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades; su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones.

Según Minayo (2009), “el estudio cualitativo tiene la característica de permitir la reflexión de las acciones desarrolladas por el ser humano, en situaciones que pueden ser expresadas y detectadas por lo subjetivo, buscando en su interior ideas y sentimientos que muchas veces el lado objetivo no permite percibir”. En el caso de la presente investigación es el de reflexionar sobre el significado que las madres le dan al cuidado a sus niños y descubrir el núcleo figurativo de este fenómeno para poder entenderlo y comprenderlo.

3.2. Unidad de análisis

Los discursos de cada una de las madres que asisten con sus niños al Control de CRED del Centro de Salud Tablada de Lurín.

3.3. Escenario del estudio

La investigación tuvo como escenario el Centro Materno Infantil Tablada de Lurín; este es un establecimiento de salud de Nivel I, es decir, es un centro de atención primaria con más de 45 años de antigüedad y que atiende a más de 35 mil pacientes de esta zona. Pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur (DIRIS LS/MINSA).

El personal que labora en el Centro de Salud está constituido por 10 médicos, 9 Enfermeras, 2 nutricionistas, 2 psicólogas, 5 técnicos de Enfermería, 10 administrativos, de mantenimiento y vigilancia. El horario de atención es de 8:00am a 1:00pm y de 2:00 pm a 7:00pm, de lunes a sábado. Existen dos consultorios de Crecimiento y Desarrollo y están a cargo de dos enfermeras con una demanda de 30 niños menores de 5 años en el turno de mañana, y de 7 niños en el turno de tarde, de lunes a sábado. Las dimensiones del consultorio son de 2.5 x 3.5 cm. Cuenta con mobiliario, material médico, de escritorio y educativo. Los usuarios provienen de distintas regiones del Perú, algunos de ellos, ya tienen más de tres décadas viviendo en la zona, por lo tanto, sus hijos y nietos son nacidos en la región de Lima.

3.4. Sujetos del estudio

Los sujetos de investigación fueron las madres que asisten con sus niños menores de 2 años al consultorio de CRED del Centro de Salud Tablada de Lurín; y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Madres mayores de 18 años y sin problemas de comunicación.
- Madres que tenían un hijo entre 6 meses a 2 años de edad.
- Madres que acepten participar, previo consentimiento informado.

La muestra de nueve madres se estableció por el nivel de saturación. Este se alcanzó “cuando la información recopilada no aportaba nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis del estudio”, tal como refieren Ardila y Rueda (2013).

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información:

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista semi-estructurada, que permitió profundizar en el fenómeno social del cuidado materno del niño menor de 2 años, logrando descubrir los elementos cognitivos, las imágenes, ideas, creencias, mitos, estereotipos contruidos por las madres, a partir de sus experiencias en el cotidiano interaccionar con otras madres de la comunidad y con su familia, especialmente su madre, hermanas, tías, suegra y además entender sus actitudes y comportamiento respecto al mismo.

El instrumento fue una guía de entrevista semi-estructurada conformada de dos partes, la primera constaba de ocho preguntas sobre los datos sociodemográficos de las participantes y la segunda, de cinco preguntas orientadoras (Anexo A). Durante la entrevista se hizo uso de la observación directa y de las notas de campo, centradas en la descripción de los gestos, silencios y actitudes de la madre frente al tema que se estaba tratando.

Para la confiabilidad interna se solicitó a las mismas participantes, una segunda reunión con la finalidad de confirmar la *objetividad* de las observaciones hechas durante la entrevista. Para la *confiabilidad externa* se realizó la triangulación de la información con dos Enfermeras de Salud Pública responsable de los servicios de crecimiento y desarrollo en la sede del estudio. En ese sentido, Martínez (2006) afirma que “la triangulación o triangulaciones mejoran notablemente los resultados de la investigación cualitativa, su validez y confiabilidad”.

3.6. Proceso de Recolección de la información

Con la aprobación del proyecto por la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos se procedió a solicitar el permiso respectivo a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur (DIRIS LS/MINSA) para poder contactar con las autoridades en la sede del estudio y luego con las madres de los niños(as) menores de 2 años.

La recolección de la información se realizó entre los meses de marzo a mayo del 2018. Identificada la madre que cumplía con los criterios de inclusión, previa revisión de su Historia clínica, se le preguntaba si es que podía participar en el estudio, explicándole a la vez, los objetivos de la investigación y sus derechos. Luego que aceptaba participar y autorizaba la grabación de la entrevista en audio, se procedía a hacerle firmar el Consentimiento Informado (Anexo B). Acto seguido, se realizaba el llenado del cuestionario sociodemográfico y finalmente, la entrevista. Cabe mencionar que algunas madres no aceptaron participar porque no disponían de tiempo suficiente.

Las entrevistas a las nueve participantes fueron grabadas, para asegurar la originalidad de los datos. La transcripción de los discursos se realizó inmediatamente después de cada entrevista, a fin de mantener la fidelidad de lo expresado por la entrevistada. Se tuvo en consideración aspectos como: el tono de voz, la postura adoptada por la madre y el evitar mirarla fijamente, para no reprimir sus expresiones, razón por la cual se usó las notas de campo.

Las entrevistas se realizaron en un ambiente ubicado frente al consultorio de CRED del Centro de Salud de Lima Sur, privado y libre de ruidos. Para garantizar el anonimato de las participantes, fueron identificadas con seudónimos, adjudicándoles nombres de flores, elegidos por ellas mismas; respetando de esta manera los principios éticos y salvaguardando la identidad de las madres. El promedio de la duración de las entrevistas fue de 32 minutos. Cuando algo no estaba claro en la entrevista, se ubicaba nuevamente a la madre a fin de aclarar el punto.

3.7. Análisis e interpretación de la información

La información se interpretó utilizando el análisis de Contenido, definido por Bardin como “un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones destinadas a obtener, por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes (Bardin, 2004).

En el análisis de contenido, “el texto significa la forma de expresión del participante, donde el investigador busca categorizar las unidades de texto (palabras o frases) que se repiten, infiriendo una expresión que las represente. Busca comprender el pensamiento del sujeto a través del contenido expresado en el texto, en una concepción transparente del lenguaje”. (Aquino y Mutti, 2006) Existen varias modalidades, “siendo el Análisis Temático, el más apropiado para las investigaciones cualitativas en salud” (Minayo, 2009).

Según Bardin citado por Minayo (2009) “el tema es la unidad de significación que se libera de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura”. Además, afirma que “un análisis temático consiste en descubrir los *núcleos de sentido* que componen una comunicación, cuya *frecuencia o presencia* signifiquen algo para el objeto analítico. Operacionalmente tiene tres etapas: pre análisis, exploración del material y tratamiento de los resultados, la inferencia y la interpretación” (Minayo, 2009).

Pre análisis: “Consiste en la elección de los documentos a ser analizados y en retomar las hipótesis (si lo tuviera) y los objetivos iniciales de la investigación. Puede descomponerse en: Lectura fluctuante del conjunto de comunicaciones, constitución del corpus y formulación y reformulación de hipótesis y objetivos”. En esta fase se “determinan la unidad de registro (palabra clave o frase), la unidad de contexto (la delimitación del contexto de comprensión de la unidad de registro, los recortes, la forma de categorización, la modalidad de codificación y los conceptos teóricos generales que orientarán el análisis” (Minayo, 2009).

Exploración del material: “Consiste en una operación clasificatoria que apunta a alcanzar el núcleo de comprensión del texto. El investigador busca encontrar categorías que son expresiones o palabras significativas en función de las cuales el contenido de un habla será organizado. La categorización que consiste en un proceso de reducción del texto a las palabras y expresiones significativas, es una etapa delicada, sin la seguridad de que las categorías a priori lleven a un abordaje rico” (Minayo, 2009).

Tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación: “Los resultados brutos son sometidos a operaciones estadísticas simples (porcentajes) o complejas (análisis factorial) que permiten poner de relieve las informaciones obtenidas. A partir de allí el analista propone inferencias y realiza interpretaciones, interrelacionándolas con el marco teórico diseñado o abriendo otras pistas en torno de nuevas dimensiones teóricas e interpretativas, sugeridas por la lectura del material” (Minayo, 2009).

“El análisis de contenido tiene rigor metodológico y organización que posibilitan al investigador recorrer y comprender sus características como método, llevándolo a buscar los sentidos y significados producidos histórica y cotidianamente en nuestro medio” (Farago y Fofonca, 2012).

En este estudio, luego de haber entrevistado a cada madre, se realizó la transcripción del discurso ayudada con las notas de campo. Luego se realizó la codificación y así sucesivamente con cada uno de los discursos de las madres participantes, llegando a la novena entrevista en la cual ya no se encontró nada nuevo, logrando, por tanto, el nivel de saturación. Se realizó la exploración del material, lo que permitió identificar y clasificar el núcleo de comprensión del texto, logrando obtener 14 subcategorías que fueron agrupados en 5 categorías generando 5 esquemas figurativos. Acto seguido se analizaron e interpretaron los resultados confrontándolos con el marco teórico propuesto, tratando de encontrar a la vez, nuevas dimensiones teóricas e interpretativas. Luego se contrastaron con los antecedentes presentados.

En cada esquema figurativo, se presentan las subcategorías considerando la frecuencia, lo cual significa la presencia de la unidad de registro en el discurso de la madre. Esto es parte de la tercera etapa del análisis temático en el cual “los resultados brutos son sometidos a operaciones estadísticas simples (porcentajes) o complejas (análisis factorial) que permiten poner de relieve las informaciones obtenidas” (Minayo, 2009). Los valores son los siguientes:

Muy frecuente: Presente en 7-9 discursos

Frecuente: Presente en 4-6 discursos

Poco frecuente: Presente en 1 a 3 discursos

3.8. Aspectos Éticos

Los participantes tuvieron información clara y detallada sobre los objetivos de la investigación y la forma como se iban a manejar los datos. Asimismo, se cuidó de proteger su identificación, utilizándose con ese fin un formato de

consentimiento informado, el mismo que se entregó a cada participante antes de la entrevista para su firma correspondiente dando su conformidad. También se les comunicó a las madres que tenían la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento si lo consideraban conveniente.

Se aplicaron los principios bioéticos en este estudio, básicamente el de Autonomía, porque se respetó la decisión de las madres para participar en la investigación, asimismo se mantuvo y se mantendrá la confidencialidad y el anonimato durante todo el proceso, inclusive en la publicación. De alguna forma tiene que ver con la Beneficencia porque se les permitió a las madres expresarse en forma libre, de acuerdo a los códigos de su grupo social. De esta manera se pudo establecer el campo representacional del cuidado materno hacia los niños menores de dos años.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se presenta la información en forma sistematizada, constituyéndose en una aproximación a las representaciones sociales y el significado sobre el cuidado materno al niño menor de dos años y que han emergido de los discursos de las mismas madres. De esta manera se ha logrado conocer su concepción grupal y así poder entender su comportamiento hacia el cuidado de sus hijos.

Es así que se identificaron doscientos treinta y cuatro (234) unidades de registro que dieron lugar a catorce (14) unidades de significado (subcategorías) y luego a cinco (5) esquemas figurativos de pensamiento concreto (categorías), es decir, que las ideas abstractas sobre el cuidado infantil de las madres, pasaron a ser algo conocido, para entender su significado, de forma más sencilla y natural. Estos esquemas figurativos y unidades de significado se analizan e interpretan en base al referente teórico y los antecedentes de la investigación.

Las participantes fueron 9 madres cuyas edades promedio fue de 28 años, tienen entre 1 y 3 hijos menores de cinco años, cinco son convivientes, dos son casadas y dos son madres solteras. En cuanto al nivel de escolaridad, tres tienen primaria; cuatro, secundaria y dos, estudios técnico superior. Cuatro proceden de Lima y cinco de otras regiones del Perú. (Anexo C).

Los esquemas figurativos y sus respectivas unidades de significado emergentes (Anexo D) son los siguientes:

4.1. CATEGORÍA 1: Considerando el cuidado al niño como una gran responsabilidad

En esta primera categoría temática, las madres consideran el *cuidado al niño* como una gran responsabilidad. Está dado por tres subcategorías: 1. Relacionando la responsabilidad materna con la dedicación al niño y estar pendiente de sus necesidades, 2. Considerando la paciencia como una característica en el cuidado del niño y 3. Recibiendo ayuda de los familiares para el cuidado de los niños.

Subcategoría 1: Relacionando la responsabilidad materna con la dedicación al niño y estar pendiente de sus necesidades

El cuidado al hijo responde a patrones socioculturales, según el análisis de los discursos, son las madres quienes se hacen responsables de la provisión del cuidado, siendo este, el rol tradicional asociado con la maternidad. Las madres consideran que cuidar al niño es una gran responsabilidad, y como tal no se debe delegar a nadie, es decir, que están obligadas a responder por su hijo, por lo tanto, debe ser cuidadosa en lo que hace o decide respecto al niño.

La responsabilidad, lo asocian con la dedicación y el estar pendiente de sus necesidades más elementales como la alimentación, vestido, educación, así como el cariño. Las madres reconocen que la responsabilidad del cuidado al niño es de ambos padres, sin embargo, en la práctica ellas son las que asumen la responsabilidad del cuidado directo.

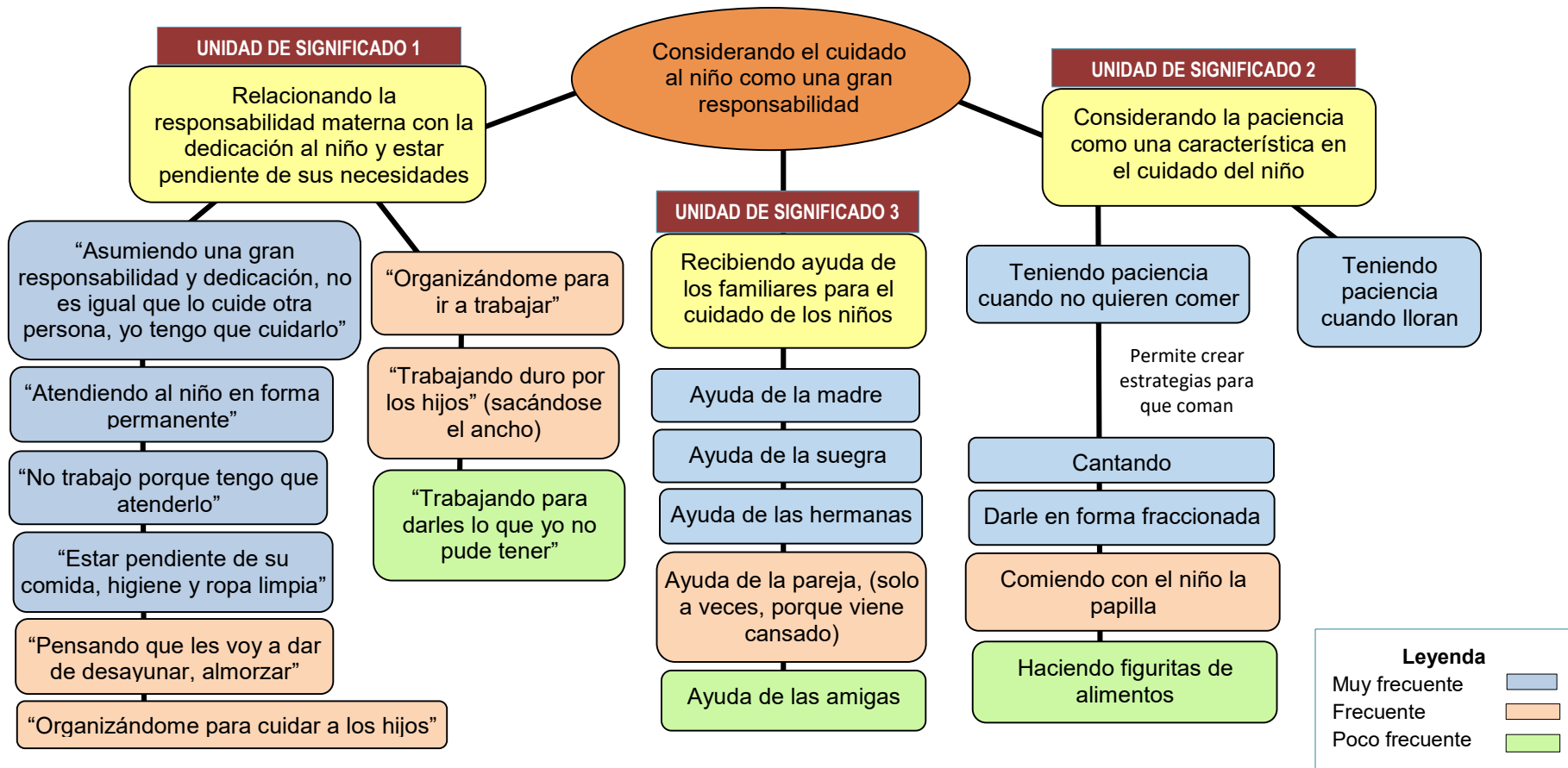
“El cuidar al niño significa mucha responsabilidad” (Cataleya)

“Cuidar a mi niño significa asumir una gran responsabilidad, es dedicarme a él. (...) No es igual que lo cuide otra persona, yo tengo que cuidarlo...mi esposo es el que trabaja”. (Gladiolo)

“las madres debemos estar permanente con nuestros hijos estar pendiente de su alimentación, el vestido de su educación y tantas cosas. Como padres que somos, ser responsables, darles cariño de padres, (...) para que ellos se sientan tranquilos (Orquídea).

ESQUEMA FIGURATIVO 1:

Categoría 1: “Considerando el cuidado al niño como una gran responsabilidad”



Fuente: Entrevista semi-estructurada aplicada a las madres

La responsabilidad parental es entendida como “el acompañamiento que los progenitores ejercen en interés de sus hijos, y como el deber asistirlos en la incorporación de competencias propias de las distintas etapas de desarrollo mientras éstos sean menores de edad y no se hayan emancipado” (Gil, 2015).

El Código Civil Peruano, en el artículo 235, menciona: “Los padres están obligados a proveer al sostenimiento, protección, educación y formación de sus hijos menores” (MINJUS, 2015). La responsabilidad es de ambos padres, no obstante, en este escenario del sur de Lima, la representación de las madres es que ellas son las únicas que deben cuidar a los hijos, excluyendo al padre. Desde tiempos remotos los padres y específicamente la madre es la responsable primaria de la salud de los niños a su cargo y muchas no trabajan fuera de casa para dedicarse exclusivamente al cuidado de sus hijos.

Según los discursos, las madres, para cumplir con esa responsabilidad, se privan del derecho al trabajo remunerado porque tienen que atender a los hijos pequeños y dejan abierta la posibilidad de incorporarse a la fuerza laboral, cuando ellos tengan más edad. Cabe señalar que el cuidado al niño, es un trabajo de tiempo completo. A nuestro entender, este tipo de trabajo pasa desapercibido, porque no tiene una remuneración; porque es realizado por la madre a quien se considera que tiene la obligación de darle los cuidados a su hijo(a) por el instinto maternal y porque históricamente ha sido así.

Por el momento no trabajo porque tengo que atenderlos, pero cuando estén más grandes... ahí de repente. (Clavel)

“ya no trabajaba y ya me dedicaba a mis dos hijas ahora que tengo la tercera ya solamente de lleno me dedico a ellas, (...)” (Margarita)

“yo no trabajo por eso me dedico a ella” (Violeta)

Las madres participantes consideran el cuidado a su hijo como un deber, todos los días deben organizarse para satisfacer sus necesidades de alimentación, educación, higiene, descanso y sueño, para que crezcan sanos, como podemos apreciar en este discurso:

“...es mi deber como mamá cuidar a mis tres hijos. Me levanto pensando en qué les voy a dar en el desayuno, los arreglo, les dedico un rato de mi tiempo, les enseño las tareas, de ahí su almuerzo. De ahí los tengo que alistar para mandarlos al colegio a los más grandes y de ahí me quedo con el más chiquito. (...) lo baño, le doy la leche, lo hago dormir (...) cuidarlos para que crezcan sanos y no tengan ni una dificultad que crezcan bien sin enfermarse” (Rosa)

En otros testimonios, las madres señalan que el cuidado es lo más importante para los niños y cuando trabajan fuera de casa, también se organizan para atenderlos.

“El cuidado es lo más importante que les deben dar a los niños, que se le deben dar a los hijos”. (Violeta)

“(...) atenderlos para que estén bien, yo me encargo de ellos, me organizo para poder cuidarlo soy vendedora y a veces voy a trabajar y a veces no”. (Cataleya)

Los cambios en las relaciones familiares se han dado producto de los cambios sociales, resultado de la incorporación y la inserción de la mujer en el mercado laboral (Legarreta, 2017). Asimismo, Faur (2012) menciona “hoy como ayer el ideal de la mujer-madre responsable principal del cuidado se encuentra extendido entre quienes trabajan y quienes no lo hacen, y entre las mujeres más pobres, las de clase media y las de clase media alta. Estas diferencias delinean perfiles diferenciales”. En tal sentido, se mantiene el ideal maternalista en torno al cuidado de los niños.

Actualmente, ambos padres trabajan, compartiendo así el cuidado de los hijos, sin embargo, cuando el padre no se hace responsable de ello, la madre tiene que trabajar doblemente para mantener a la familia. Como señala una madre en su discurso:

“Hoy en día, si o si tienen que ambos padres trabajar por sus hijos (...) tiene su papá, pero estamos separados, prácticamente yo hago de papá y mamá (...) que realmente vea que uno se ha sacado el ancho por su bien, (...) si yo tuviera una pareja que me ayudara obvio que estuviera ahí al tanto, pero si no lo hago yo quien lo va hacer, (...) sacarse el ancho es trabajar duro para conseguir comprarle todo lo que necesitan (Jazmín)

Esta actitud que toma la madre implica por un lado conformismo, los derechos de su niña, no están siendo reconocidos, lesionando el interés superior del niño, la asistencia y obligación alimentaria, recreación, salud, educación, vestido y otras inherentes al desarrollo del niño por parte del padre. De esta manera se priva a la niña del afecto y otros cuidados cotidianos que pueden afectar su desarrollo psico-emocional por la ausencia de una figura paterna.

Las madres señalan que además de amor, su deseo es proporcionar a sus hijos lo que ellas cuando fueron niñas no tuvieron, lo cual implica que una madre que ha vivido en la pobreza, el hambre y la falta de educación en su infancia, no quiere que esa historia se repita en sus hijos, sin embargo, se debe tener cuidado con dar absolutamente todo lo que pide el niño porque conduce a hábitos poco saludable en la crianza, como por ejemplo la falta de esfuerzo de los hijos para conseguir sus objetivos. Recibir de todo a cambio de nada es muy peligroso, evidenciándose los resultados negativos a largo plazo.

“Cuidar a mis hijos significa quererlos, que estén sanitos, darle lo que yo no pude tener... (muestra rostro triste) principalmente educación”. (Liz)

Los discursos de las madres, evidencian que las actividades de cuidado hacia los hijos menores son desarrolladas por ellas, mientras que el padre es el que trabaja a fin de proveer de la economía para solventar los gastos de la familia. Se puede deducir que en esta zona de Lima Sur aún se mantiene el estereotipo “la madre es la responsable de cuidar a los hijos”, entendiéndose por estereotipo como “una categoría de atributos específicos a un grupo que se caracteriza por su rigidez. La representación se diferencia de los estereotipos porque es el primer paso en el origen de una representación” (Araya, 2002).

Rubin de Celis, Pecho y Suremain (2003) hallaron que “las mismas madres, los padres y parientes en Chocas Medio (Carabayllo) señalaron que la madre es la principal responsable del cuidado de los niños y siempre tiene consigo al niño si es menor de dos años, incluso cuando sale del hogar por poco tiempo”, lo cual reafirma el arraigo de este estereotipo.

Esquivel (2012), también señala “la capacidad para cuidar de los hijos e hijas propios todavía se considera constitutiva de la identidad femenina” lo cual nos pone de manifiesto que la creencia de que las madres deben ser las principales cuidadoras de niños y niñas se encuentra, todavía, fuertemente arraigada.

Estas ideas concebidas desde tiempos antiguos, actualmente, se están cambiando muy lentamente ya que la crianza de los hijos, en algunas sociedades, está siendo compartida por ambos padres. En ese sentido, los fenómenos de la maternidad y paternidad están normados por cada sociedad y de acuerdo a ello se van a definir los roles de cada uno, manteniéndose a través del tiempo según el contexto sociocultural.

Subcategoría 2: Considerando la paciencia como una característica en el cuidado del niño

Según las madres participantes del estudio la paciencia es una virtud que debe tener la madre para criar a sus hijos, en especial para cuando se tornan irritables, llorosos o cuando no quieren comer. La paciencia y serenidad es necesaria para enfrentar cada una de las situaciones críticas del niño.

“Cuidarle significa darles amor, tener paciencia porque a veces lloran los dos (refiriéndose a sus dos pequeños hijos) al mismo tiempo”. (Clavel).

“Para cuidar a los hijos hay que tener mucha paciencia... cuando llora la dejo que llore sola, (...) a veces ya tengo que abrazarla y consolarla...” (Violeta).

Alonso (2016) dice al respecto que: “la paciencia es la capacidad que va a permitir a una persona tolerar una determinada situación, sin perder la calma ni alterarse. Hay padres que de forma innata ya la poseen y otros que por falta de tiempo o porque son más impulsivos les cuesta adquirirla”. Los niños de la primera infancia, por su mismo proceso de crecimiento y maduración pueden presentar distintos problemas físicos, emocionales, de allí que es importante que los cuidadores tengan esta cualidad.

Las madres entrevistadas señalaron algunas situaciones que implican tener paciencia. Por ejemplo: cuando el niño no quiere comer toda la papilla ponen en práctica estrategias como las siguientes: Comer junto con ellos la papilla, cantarle canciones, ponerle figuritas de alimentos, etc. La mejor manera de que aprenda a comer es dedicarse, darse un tiempo, interactuar con el niño, enseñarle a que el contenido del plato debe llevarlo a la boca, saborearlo y luego pasarlo, todo ello en un ambiente tranquilo y relajado. Asimismo, otras madres mencionaron que le dan la papilla en forma fraccionada:

“Cuando no quería comer yo también comía con él la papilla, a los niños hay que incentivarle para que coman, cantándole, haciéndole figuritas de zanahoria, tomate con su lechuguita... cantando, cantando abría la boca y empezaba a comer”. (Orquídea)

“le doy de comer cantándoles y así poco a poco terminan” (Clavel)

“Cuando no quiere comer lo dejo y al poco rato le vuelvo a dar, le vuelvo a insistir”. (Liz)

Colliere (2009) relaciona el cuidado con la vida, argumenta que el significado primordial del cuidado es “mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, diversas en su manifestación”. Los niños de la primera infancia son totalmente dependientes es así que “en el momento de su nacimiento son las más incompletas si se compara con las crías de otros mamíferos, por esta razón, los cuidados de los adultos son muy necesarios para mantenerse con vida y desarrollarse sanamente”. (Barudy, Dantagnan, Comas y Vergara, 2015).

Ser madre significa dedicarse a la atención de un ser humano en proceso de maduración que hay que enseñarle todo en la vida para que llegue a ser independiente. Ese pequeño ser humano, tiene sentimientos y emociones, el cual hay que llevarlo de la mano para que más adelante sea una persona con todas sus capacidades y sea productivo a la sociedad al cual pertenece. Se trata de un trabajo a tiempo completo que no es reconocido. Se está cuidando a seres humanos, integrantes de una nación y los cuidados que la madre desarrolla con su nuevo ser, permitirá a su vez que perdure la identidad del grupo social y por tanto de la raza humana.

Subcategoría 3: Recibiendo ayuda de los familiares para el cuidado de los niños

La acción de cuidar al niño menor generalmente lo realiza la madre, empero, si trabaja o tiene que realizar alguna actividad fuera del domicilio, tiene que dejarlo bajo la responsabilidad de otra persona; generalmente personas de sexo femenino de su entorno más cercano como las abuelitas, las tías o la amiga, como lo evidenciaremos en los siguientes discursos:

“su abuela (paterna) me la cuidaba o a veces su abuela no podía, me la cuidaba mi mama, o si no mi amiga (...)” (Margarita)

“Cuando me voy a trabajar mi hermana me ayuda, les da su leche”, (Cataleya)

Sigue siendo la figura femenina la encargada de los cuidados. Esta situación ha sido así a través de la historia como lo evidencia el Papiro de Ebers, escritos de la medicina en la cultura egipcia (Universidad de Murcia, 2013) y acá en el Perú, lo escrito por Bustíos (2010).

Siendo tarea de ambos padres, las participantes mencionaron que su pareja “les ayuda” con lo cual nos evidencian que las mismas madres aun no son conscientes de que ambos padres deben de compartir la misma responsabilidad. El hecho de que el padre cargue al bebé, le dé su comida o le cambie los pañales, no está ayudando a la mamá, está ejerciendo su paternidad, esa frase aun continua en los esquemas del pensamiento de las madres de esta zona de Lima.

“Vivo con mi esposo y cuando viene a veces me ayuda, a veces no, porque dice que viene cansado” (Clavel)

“Mi mamá, me ayuda a atenderlo (a su bebe) junto con mi pareja”. (Gladiolo)

La participación del padre y, por tanto, la figura masculina en el cuidado es importante. Si conciben que la pareja solo debe ayudar es porque tienen ese modelo de sus antecesores, y una vez más se reafirma la existencia del estereotipo en esta parte de Lima Sur, *la madre es la única que debe cuidar a los hijos*, señalado en la primera subcategoría.

Al respecto, Jelin (2012) sostiene que, “en la vida cotidiana, las relaciones familiares constituyen el criterio básico para la formación de hogares y para el desempeño de las tareas ligadas a la reproducción biológica y social. Estos vínculos también definen las responsabilidades de cuidado de sus miembros”. En el estudio realizado por Battyány, Genta y Scavino (2017), en Uruguay, encontraron que “las mujeres aparecen como las principales cuidadoras, ya sea en su rol de madre, pareja del padre o abuelas. La red familiar, principalmente a través de las abuelas, juega un papel clave en la estrategia de cuidado infantil”; resultados similares al presente estudio.

Por su parte Moreno-Zavaleta, Granada-Echeverri, (2014) señalan que “la red de cuidadoras es una gran ayuda para la madre, pero también puede convertirse en un obstáculo si no hay coherencia en el cuidado, es decir, si los cuidadores externos desconocen las normas o prácticas mínimas de atención a los niños y niñas. El apoyo de otras cuidadoras suele ser un alivio para la madre, sin embargo, le genera sentimientos de culpa y cuestiona su rol de cuidadora principal”. Rubín de Celis, Pecho y Suremain (2003), califican ese apoyo de los familiares como una “responsabilidad temporal”.

El apoyo es un valor que hace que las personas ayuden a los demás sobre todo si es necesario. Los valores se aprenden en el seno familiar básicamente, concordando con la cosmovisión del ser humano, lo cual va a ser coherente con su forma de pensar y actuar frente a las situaciones de la vida diaria.

En general, en este primer esquema figurativo “*Considerando el cuidado al hijo como una gran responsabilidad*”; en su primera unidad de significado: *Relacionando la responsabilidad materna con la dedicación al niño y estar pendiente de sus necesidades*; están inmersos valores como la responsabilidad, dedicación, la organización para el logro de los objetivos del cuidado a los niños, la presencia del estereotipo de género y valores, así como creencias cuando se afirma que la madre debe dedicarse exclusivamente al cuidado del niño limitándose el derecho a un trabajo reconocido y como tal remunerado. Aún está muy lejana la idea de que el cuidado infantil es un trabajo de tiempo completo y que sus resultados se evidenciarán a largo plazo.

En la segunda unidad de significado *Considerando la paciencia como una característica en el cuidado del niño*, se evidencia la presencia de una virtud precisamente la paciencia, la cual implica también una actitud positiva hacia el cuidado del niño menor, creando estrategias para dar solución a una dificultad que está en el hecho del comportamiento que presentan los niños quienes a veces no aceptan ingerir sus alimentos. En la tercera unidad de significado hay presencia de valores como la colaboración y ayuda de los familiares.

Estos conocimientos de sentido común, van a direccionar las prácticas sociales de la madre para cuidar a sus hijos. Desde el enfoque de Moscovici, “son sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que tienen una orientación actitudinal positiva o negativa, constituyéndose en un sistema de códigos, valores, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que actúan como normas para que los integrantes de determinado grupo social puedan comprenderse y actuar en su mundo” (Araya, 2002). El estereotipo es que las mujeres son las responsables del cuidado del niño mientras que el padre tiene la responsabilidad económica de la familia.

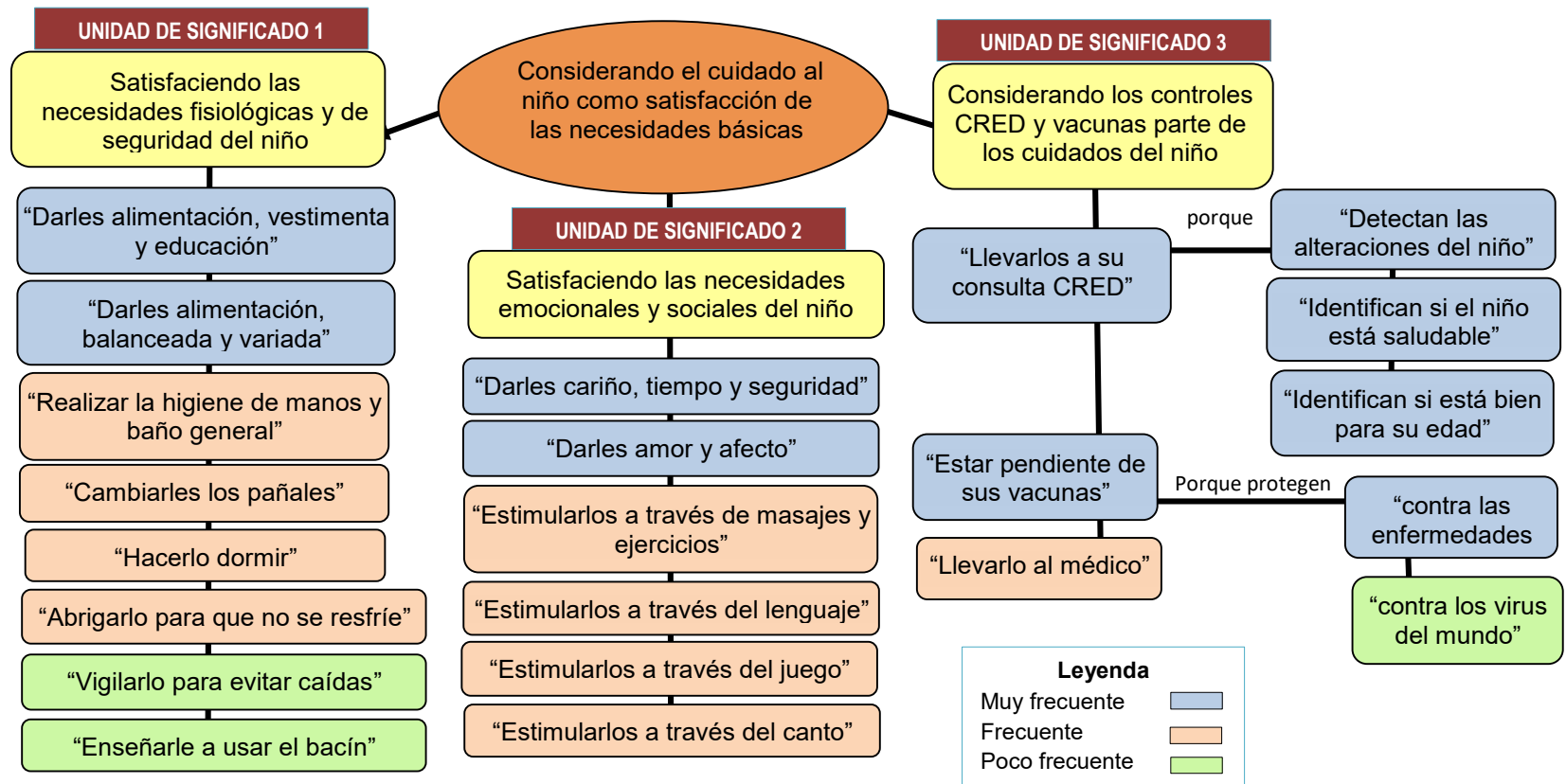
Estos resultados son coincidentes con estudios sobre el cuidado y sus relaciones de género femenino, como los de Battyány, Genta y Scavino (2017), Moreno-Zavaleta y Granada-Echeverry (2014), Rubín de Celis, Pecho y Suremain (2003) así como el de Suremain (2003).

4.2. CATEGORÍA 2: Considerando el cuidado al niño como satisfacción de sus necesidades básicas

Los conocimientos de sentido común de las madres sobre el cuidado del niño han permitido la reducción de este complejo concepto a categorías simples a través de su pensamiento social, facilitando la comprensión y comunicación del grupo social del cual son parte.

ESQUEMA FIGURATIVO 2

Categoría 02: “Considerando el cuidado al niño como satisfacción de las necesidades básicas”



Fuente: Entrevista semi estructurada aplicada a las madres

Esta categoría está conformada por 3 subcategorías: 1. Satisfaciendo las necesidades Fisiológicas y de seguridad física del niño, 2. Satisfaciendo las necesidades emocionales y sociales del niño y 3. Considerando las consultas CRED y vacunas parte del cuidado al niño.

Subcategoría 1: Satisfaciendo las necesidades fisiológicas y de seguridad física del niño

En las entrevistas, las madres expresaron que los cuidados principales implican alimentarlos con leche materna, además, deben abrigoarlos, cambiarles los pañales, conceptos de sentido común que implica satisfacción de las necesidades físicas/biológicas del niño. En el niño menor de dos años alimentarlos con leche materna y cuando cumple los 6 meses iniciarle su alimentación complementaria:

“Yo le daba sus papillas a partir de los seis meses. Antes de los seis meses le daba un poco, solo unas dos cucharaditas de mazamorra para que vaya probando” (Rosa)

“lo primero alimentarlo con leche materna, darle sus comiditas, bañarlo, (...), cambiarle sus pañales (...) significa alimentarlo, educarlo, amarlo, jugar con él” (Gladiolo)

Las madres aprenden a preparar comidas variadas y “una comida balanceada”, término que es muy utilizado, pero habría que explorar su significado. La experiencia de tener más de un niño, les ha permitido construir conceptos de sentido común sobre la composición de algunos alimentos y a reconocer alimentos que previenen la anemia. También en sus discursos se evidencia que preparan papillas con productos variados y de bajo costo:

“una buena alimentación (...) a mi hijo le doy hígado de pollo, también le doy su sangrecita, pescado, cositas que no cuestan mucho pero que puedan alimentar, hay personas que dicen yo no puedo gastar mucho, pero hay cosas que, como el pescado, papa, yuca, camote, no cuestan tanto y están al alcance. Poco a poco aprendí a variarle, hoy día, puré de papita con hígado y al otro día puré de manzana, cosas que puedan alimentarle” (Margarita)

“hay días que come bien y hay días que no quiere comer (...) tiene que ser balanceada. Aunque alguna cosa no quiere comer, (...) el higadito (...) apenas siente un pedacito lo rechaza, le hemos hecho de todas formas (...) igual lo rechaza. También come pollo o pescado, le encanta el brócoli”. (Violeta)

“Ahora está comiendo sus papillas y sus vitaminas...nos dan unos sobrecitos para la anemia, los multi micronutrientes. (Jazmín)

Expresan las madres que otros cuidados a los niños son la higiene, cambiarle los pañales, enseñarle el control de sus esfínteres, prevención de accidentes, el cual es parte de los cuidados de la seguridad física que se le debe de dar al niño. Tenemos los siguientes testimonios:

“lavarle sus manos para que coma, cambiarle su pañal, bañarla para que se duerma, cantarle, (...) Luego me voy a trabajar” (Cataleya)

“Cada dos días la baño, más en las noches (...) la talqueo, (le pone talco durante el cambio de pañal) la abrigo” (Jazmín)

“Le estoy enseñando a sentarse en el bacín, me doy cuenta que quiere hacer sus necesidades cuando empieza a moverse y entonces lo siento en su bacín y aparte yo calculo la hora después de las comidas” (Gladiolo)

“bueno llevarlo al baño antes que se vaya a dormir y a veces en cierto momento despertarme para que orine, bueno yo he hecho eso hasta que se han acostumbrado” (Rosa)

Las madres también mencionan aspectos relacionados a la prevención de enfermedades como la tos, el resfriado, las diarreas, la fiebre y la prevención de accidentes en el cuidado cotidiano del niño. Tienen cuidado que los niños no se destapen en las noches para evitar que se resfríen, consideran que siendo madres ya no descansan tranquilas, están pendientes de sus hijos(as). También dan bastante importancia a la higiene para combatir las enfermedades. Refieren que evitan que sus niños se enfermen porque prefieren no llevarlos a los hospitales que los consideran bastante contaminados:

“Cuando uno es mamá, ya no duermes tranquila porque siempre uno está pensando que estén bien, viendo que no se destapen, o si botan la colcha para volverles a poner y no se resfríen”. (Clavel)

“también el cuidado en su aseo personal, bueno ahorita que está empezando a caminar en que no se caiga (...). Tengo que andar ahí, porque los golpes no son buenos, tengo que andar pendiente, no dejar cosas donde él se pueda tropezar y caerse”. (Rosa)

“Como madres no quisiéramos que los niños se enfermen porque llevarlo a un hospital también tiene bastantes contaminaciones”. (Orquídea)

Como se puede apreciar estos elementos mencionados implican principalmente alimentación, vestimenta, protección y seguridad, aspectos que constituyen necesidades básicas del ser humano, según la Pirámide de Maslow. El comer, dormir, beber agua o ir al baño, son necesarias para seguir viviendo. Estas prácticamente son condiciones de vida, cuya insatisfacción no permite la subsistencia ni una vida humana saludable. En el caso de los niños, “los déficits y demandas insatisfechas en un momento dado, dejan sus marcas en el desarrollo futuro, con efectos que se manifestarán a lo largo de sus vidas”. (Esquivel, Faur y Jelin, 2012) Entre ellas está la desnutrición, alteraciones cognoscitivas y una menor capacidad de atención y concentración.

De acuerdo con Ochaíta y Espinoza (2012), “las necesidades universales infantiles y adolescentes se resumen en dos: salud física y autonomía, condiciones ambas indispensables para que una persona se integre de forma satisfactoria en su sociedad”. Mencionan además estos autores, que “ambas necesidades son interdependientes de tal manera que la no satisfacción de la una compromete seriamente la de la otra. En la primera etapa de la infancia, el niño es muy vulnerable y dependiente por lo que hay que prestar especial atención a sus necesidades de nutrición, higiene y salud física”.

La necesidad de protección física y seguridad en el niño menor de dos años, tiene por objetivo mantener su integridad física y fisiológica, lo cual no solo está dado en evitar las caídas, golpes o lesiones que se puedan producir sino también las enfermedades y traumas psicológicos. En ese sentido, “el cuidar de los niños, con especial atención en los primeros años de vida, es fundamental para que ellos crezcan y se desarrollen con salud, sean físicamente saludables, emocionalmente seguros y respetados como sujetos sociales” (Silva, Chiesa, Veríssimo y Mazza, 2013)

Estos resultados de considerar al cuidado del niño como la satisfacción de sus necesidades básicas, especialmente la alimentación, vestimenta, higiene y seguridad coinciden con los resultados obtenidos por Dávila (2013) y Morais, Quirino y Almeyda (2009); estos investigadores hallaron como prácticas populares para satisfacer las necesidades básicas: la alimentación, higiene, vestimenta, descanso en el recién nacido y darles apoyo emocional a través del afecto, la alegría y el amor.

Por su parte Suremain (2003), también concluyó que las madres brindan cuidados alimentarios y de salud al niño, considerándolo como rituales cotidianos. Stafenello (2008) argumenta que “las prácticas alimentarias infantiles se orientan por saberes que pasan por la legitimidad del discurso científico y alcanzan las subjetividades del conocimiento de las mujeres del entorno”, mientras que Moreira, Nascimento y Paiva (2013) afirman que “el cuidado infantil se define como la alimentación, el cuerpo, la salud y las afecciones”.

Subcategoría 2: Satisfaciendo las necesidades emocionales y sociales del niño

Limitarse solo a satisfacer las necesidades físicas de un hijo, es limitarlo en su desarrollo. También deberán ser atendidas sus necesidades afectivas y emocionales, a través de acciones de amor, cariño y seguridad. Las madres satisfacen las necesidades fisiológicas del niño, los cuidan de los animales de casa porque son conscientes de que estos pueden transmitir enfermedades, y sobretodo refieren que deben mostrarles a sus niños mucho amor, darles tiempo y dedicación, lo mejor de ellas, como podemos verificar en sus declaraciones:

“yo creo que a los niños hay q darles, cuidados, amor, verles su necesidad, en todo lo que ellos requieren, los niños solo quieren recibir amor de sus padres (...), no solamente darles buen alimento, buen estudio y vestimenta, sino que hay q darles amor, tiempo y seguridad, es lo mejor que uno puede hacer” ... (Margarita)

“darles bastante cariño, (...) cuidarles que no se caigan estar pendiente, dedicarse a ellos, realmente con nuestra pareja estar pendiente de ellos, más dedicarse a los pequeños, cuidarle del pelaje de los animales porque produce enfermedades, (...)” (Orquídea)

“darle amor significa cuidarle, jugar, darle cariño, darle un tiempo, darle lo mejor de mí, cuando llora, abrazarle y calmarle” (Violeta)

Ochaitia y Espinoza (2012) argumentan que “desde el inicio de la vida deben ser atendidos los satisfactores de la necesidad de autonomía y las necesidades en la primera infancia. Las acciones dirigidas a la salud física de los niños deben estar asociadas no solamente a la sobrevivencia, sino también al desarrollo integral de la persona”. Respecto a las necesidades emocionales es importante la experiencia del apego y el buen trato, porque allí “emergen la capacidad de vincularse a las crías y la empatía, capacidades fundamentales para favorecer la crianza de los hijos/as” (Barudy, Dantagnan, 2010). El apego, el vínculo es el lazo afectivo primario y privilegiado que se establece en la interacción entre la madre y su recién nacido para garantizar la supervivencia y el desarrollo de las crías en todas las especies que gozan de una larga infancia (Bowlby, 2009).

El juego, la interacción, los diálogos, el canto y la enseñanza de tareas al niño propias de su edad son parte de los cuidados cotidianos que emergen de los discursos de las madres para que logre un desarrollo continuo de sus capacidades. En el caso de las madres que trabajan aprovechan los días que disponen de más tiempo (sábados y domingos) para estar con sus hijos y enseñarles a gatear, cantar; en cuanto que aquellas madres que no trabajan fuera casa, están todo el tiempo con ellos jugando, cantando, estimulándolos:

“(...) en las noches juego con ella, se engríe conmigo ya me echo (acción de acostarse) con ella (...) Cuando yo vengo, yo le digo ma – má y ella repite, le converso y le hago que aplauda, (...) (Jazmín)

“jugar con ellos, yo juego con ellos, les he enseñado a gatear, a cantar, coger la cuchara, lavarse la mano”. (Orquídea)

“Estimularlo es darle sus masajes y moverle sus piernitas porque ya quiere caminar”. (...) jugamos primero; para hacerlo dormir, bueno se duerme también cuando está lactando, (...)”. (Gladiolo)

Pecci, Herrero, López y Mozos (2010) refirieron que “es por medio del juego que los niños y las niñas desarrollan habilidades sociales que les permiten mejorar sus relaciones personales con los demás y con su medio social. Situación que

podría facilitar el establecimiento de vínculos que favorecen el desarrollo del sentido de comunidad”. Por su parte Fairbairn (2011) afirma que “un vínculo adecuado con los padres le permitirá al niño satisfacer sus necesidades de dependencia y afirmación, facilitando una orientación hacia nuevas experiencias con personas que pudiesen brindar un contacto y un intercambio emocional”.

Esta subcategoría *Satisfaciendo las necesidades emocionales y sociales del niño* tiene relación con lo que concluye Rendón-Quintero y Rodríguez-Gómez (2015) que “la importancia del vínculo temprano madre-hijo es un factor influyente en la salud mental del individuo”. Asimismo, Rubín de Celis, Pecho y Suremain (2003) señalan que “la afectividad es importante, pero se practica solo hasta el destete o hasta que nazca un hermano menor, lo cual es algo incoherente porque la afectividad hacia los hijos debe ser en forma permanente, al igual que el juego porque permite al niño desarrollar su conciencia individual y social conduciéndolo a tener adecuadas relaciones interpersonales con su grupo social y la sociedad”.

Cabe señalar que Folle & Geib, (2004) hallaron que “las madres adolescentes representan al cuidado materno en los núcleos figurativos de afecto, integración familiar y realización materna”. El núcleo figurativo de afecto está inmerso en las necesidades emocionales de los niños, hallado también en este estudio. Asimismo, Dávila (2013) halló una categoría *Uso de la naturaleza y juegos para mejorar el crecimiento y desarrollo del niño*. Sin embargo, Osses, Macías, Castaño, Gómez & López (2014) enfatizan que las representaciones y prácticas sociales se encuentran sujetas a relaciones de poder, desfavorables al desarrollo integral y el ser pleno de los niños. En el caso del juego, no existen trabajos.

Subcategoría 3: Considerando los controles CRED y vacunas parte de los cuidados del niño

En esta sub categoría entran a tallar los conocimientos científicos que son trasladados al lenguaje cotidiano de las madres, generando conocimientos de sentido común. El control de CRED y la aplicación de las vacunas, empiezan a ser consideradas parte de los cuidados de los niños por las madres quienes manifestaron lo siguiente:

“Llevarlo a sus vacunas, sus controles y llevándolo al doctor para que crezca sanito” (Rosa)

“los principales cuidados(...), traerle a su consulta, jugar con ellos (Clavel)”

Como se puede apreciar en estas declaraciones, las madres están conscientes de la importancia de los controles de CRED y la aplicación de vacunas de sus niños(as) lo cual indica que han asimilado la orientación y consejería del personal del centro de salud al que asisten. A través del control de CRED se sabe el estado de salud de su niño e identifican alteraciones físicas o psicológicas. Asimismo que las vacunas previenen enfermedades de la infancia.

“Tengo tres niños, el mayor no lo llevé a control de CRED pero los otros sí los he traído, (...) hay que ver si están bien para su edad” (Liz)

“En el consultorio de CRED me han enseñado algunos ejercicios (...) ven si hay un retardo del crecimiento a mi primer hijito le encontraron una bolita detrás de la oreja.” (Cataleya)

“porque si uno no se pone las vacunas, volveríamos al tiempo de atrás que los niños se enferman con polio, (...) de alguna manera los protege del virus que está habiendo en el mundo,” (Margarita)

“Las vacunas lo protegen (...), los va ayudar a ser fuertes para que cuando se enfermen, (...) sea leve” (Rosa)

Estos conocimientos insertados en el pensamiento constituido de las madres son importantes y beneficiosos para la salud del niño. Por ello el personal de salud debe utilizar durante las consejerías, mensajes claros y concisos y un lenguaje entendible, de tal manera que la madre continúe anclando los conocimientos basados en la ciencia. Los conocimientos se traducen en prácticas sobre todo si son beneficiosos. En el estudio de Jáuregui (2010), la principal motivación para acudir al consultorio de CRED, era la aplicación de las vacunas. En este estudio, realizado una década después le dan importancia tanto al control de CRED y a las vacunas considerándolo parte de sus cuidados.

Por su parte Suremain (2003) menciona que las prácticas relacionadas con el crecimiento y desarrollo del niño son entendidas como tareas cotidianas, lo que difiere de esta subcategoría emergente, en el cual las madres que asisten al Centro de salud, los consideran parte de los cuidados del niño.

Las representaciones sociales reflejan el mundo, creando y manteniendo un mundo social. Por tanto “la teoría de las representaciones sociales permite entender las distintas relaciones que pueden existir entre lo sociocultural y lo individual, y también de analizar a la persona como un participante cultural que es simultáneamente una construcción social y un constructor social de experiencia” (Vergara, 2008). En ese sentido, las madres son participantes culturales, construyendo su experiencia de cuidado a los hijos dentro de su grupo social y que a su vez transmitirán a los nuevos integrantes de su grupo.

Las dos primeras subcategorías emergentes, se encuentran profundamente arraigadas en el grupo, así tenemos: *Satisfaciendo las necesidades físicas/biológicas del niño* y *Satisfaciendo las necesidades emocionales y sociales del niño*, sin embargo, la tercera subcategoría emergente es algo nuevo: el grupo social también considera los controles CRED y vacunas parte de los cuidados del niño, algo positivo que favorece la salud de esta población. Las madres le dan importancia al Control de crecimiento y desarrollo del niño porque detectan alteraciones e identifican si el niño está saludable, conceptos que las madres han ido insertando en su sistema de pensamiento a través del tiempo.

Esta categoría emergente es similar en parte con lo obtenido por Jáuregui (2010) en cuyo estudio consideraban la vacunación como una motivación principal para ir al consultorio de CRED. A medida que ha pasado el tiempo, las madres han ido construyendo en forma paulatina algunos conocimientos que ofrece la ciencia y de esta forma, han elaborado otros conceptos de sentido común, insertando y transformando aquellas representaciones que favorecen el crecimiento y desarrollo de su niño. Sumado a ello existen actitudes positivas de las madres hacia el control de CRED del niño conjuntamente con las vacunas.

Varios autores han estudiado mayormente las representaciones sociales del amamantamiento (Moreira, Nascimento & Paiva, 2013), de la alimentación complementaria o de las prácticas frente a determinada enfermedad, sin embargo, son escasos los estudios donde se encuentran las categorías presentadas como satisfacción de necesidades básicas. Esta categoría también emergió en los estudios de Dávila (2013), Morais, Quirino y Almeyda (2009) y Suremain (2003).

4.3. CATEGORÍA 3: Cuidando al niño con los saberes culturales

Las representaciones sociales son el resultado de las prácticas sociales cotidianas de los grupos, que conlleva a cambios importantes y significativos en su universo simbólico (Aguirre, 2004). Este “saber empírico, orienta las prácticas del grupo” (Araya 2002) y aunque emigren a otras ciudades llevan consigo ese bagaje cultural adquirido por experiencia o que ha sido transmitido en forma oral.

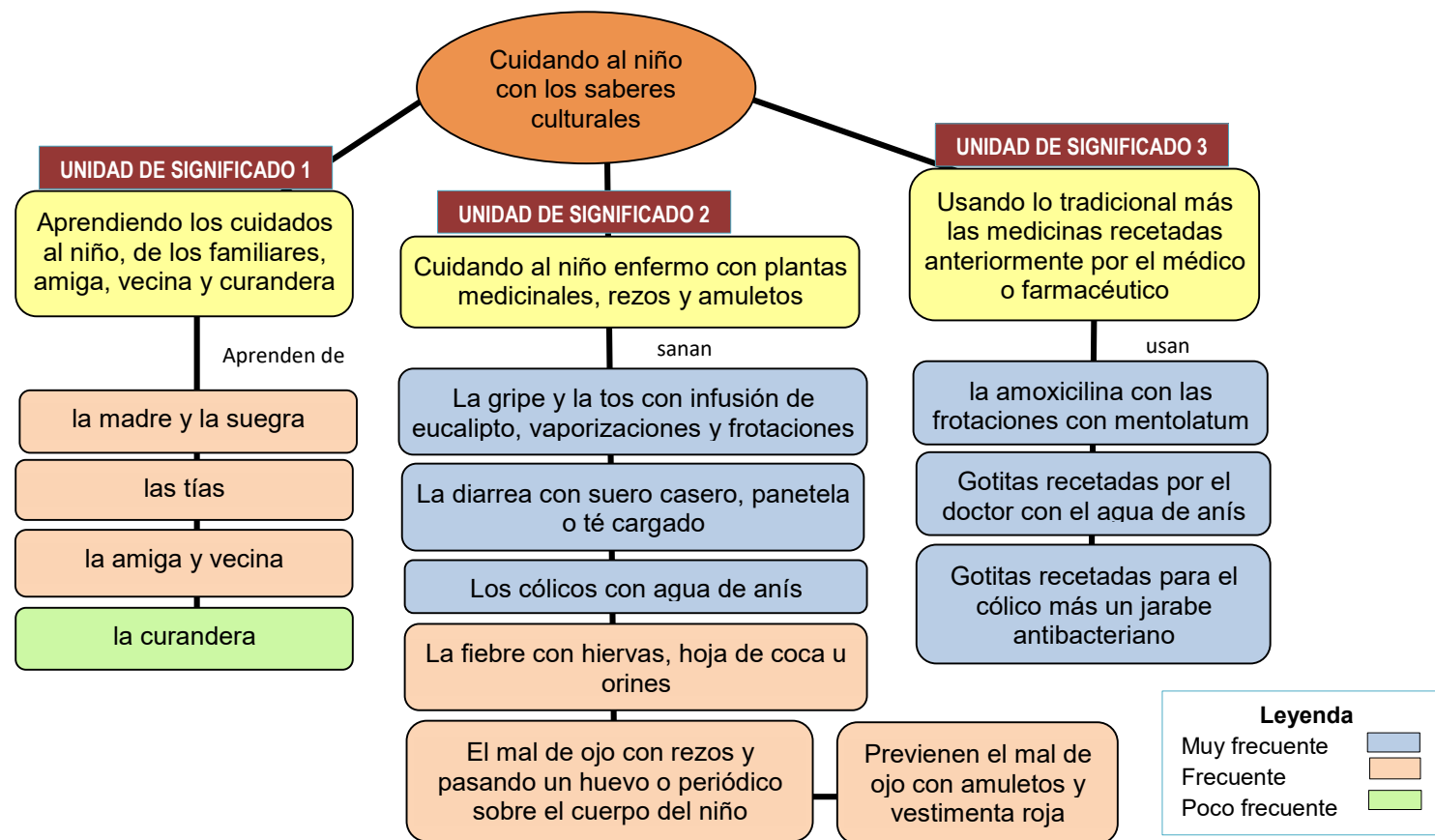
El concepto de *saberes culturales* está relacionado entonces, con las creencias y prácticas ejercidas por generaciones para atender a una población en diferentes situaciones de las comunidades y de los hogares (García de Alba, 2012). Esta subcategoría presenta las siguientes unidades: 1. Aprendiendo los cuidados al niño de los familiares, amiga, vecina y curandera, 2. Cuidando al niño enfermo con plantas medicinales, rezos y amuletos y 3. Usando lo tradicional más las medicinas recetadas anteriormente por el médico o farmacéutico”

Subcategoría 1: Aprendiendo los cuidados al niño de los familiares, vecinas, amigas y curandera

Las madres primerizas aprenden de sus familiares, suegra y vecinos a quienes los consideran con experiencia en la crianza de los hijos. La abuela, madre, tías, amigas y demás personas de su entorno les transmiten en forma oral, las ideas, información, estereotipos, creencias y costumbres en torno al cuidado y crianza de los niños. De acuerdo con ello, las madres se van a comportar con sus hijos en forma coherente con lo que ha aprendido en el grupo social y la forma como lo hacen las madres del grupo al cual pertenece en especial las que tienen hijo por primera vez, quienes aprenderán todo lo que le enseñan estas personas, evidenciándose en los discursos siguientes:

ESQUEMA FIGURATIVO 3:

Categoría 3: “Cuidando al niño con los saberes culturales”



Fuente: Entrevista semi estructurada aplicada a las madres

“después que fue pasando el tiempo como que fui aprendiendo de una u otra manera. (...) una amiga me trataba de ayudar (...) su abuela, (...), mi mamá, (...) con la segunda ya no fue tan difícil, (...) aprendí de la mayor” (refiriéndose a que obtuvo experiencia con su hija mayor) (Margarita).

“Ella (refiriéndose a su madre) tiene más experiencia que yo (...) Cuando se enferma mi mamá la atiende, (...)” (Jazmín).

“(...) bueno mi suegra quiso que le quite (la lactancia) por lo que a veces le echaba cremas a mi seno por la “mastitis” y eso le podía afectar (...) me decía: el bebé se cambia así y así lo tenía que hacer” (Rosa)

El aprendizaje es continuo, lo cual significa que cada día se aprende algo nuevo, además es dinámico, lo cual significa que todo está en constante movimiento es por ello que las representaciones sociales que circulan en el grupo, se van transformando según el momento histórico cultural. Podemos corroborar lo dicho mediante el siguiente testimonio:

(...) Como mamá sigo aprendiendo porque el hecho de que tenga tres hijos no quiere decir que sepa todo, uno no deja de aprender” (Margarita)

La nueva madre aprende de la familia las actividades cotidianas a realizar con su hijo en coherencia con sus códigos normados en su grupo social, así tenemos el uso de las plantas medicinales, para prevenir enfermedades, evidenciándose en este discurso.

“Le baño con agua de manzanilla o con agua de toronjil también le doy a tomar agua de toronjil (...) para que no le de la gripe”. (Liz)

“(...) Cuando estoy lavando estoy con la mano fría, tengo que primero calentar mis manos; sino se enferma.” (Cataleya)

“(...) “después de los 6 meses prepararle el estomaguito con chuñito...le iba dando sus papillas con sus purés, platanito raspado o manzana o su camote asado”. (Orquídea)

Estos discursos nos evidencian que “en el marco de la familia se van desarrollando las competencias parentales para ejercer adecuadamente su rol, promoviendo el desarrollo positivo de los hijos” (Barudy y Dantagnana, 2010). Estas, “cumplen un papel fundamental en la crianza y bienestar de los hijos, ya que son las principales herramientas que cuentan para sostener el cuidado

afectivo y material que los niños requieren en su desarrollo evolutivo y social” (Urzúa, Godoy y Ocaño, 2011). Por su parte Mercer, sostiene que “la familia (microsistema), así como la cultura (macro sistema) influyen en la adopción del rol materno” (Raile y Marriner, 2011).

El estudio de González, Del Toro, Fernández, & Díaz (2016) concluye que “las madres jóvenes presentaron una serie de creencias y mitos que repercuten en el bienestar del niño. Describen la experiencia de su primer hijo como algo nuevo que requiere un proceso de aprendizaje único, aunque complicado, evidenciándose una fuerte influencia de las mujeres cercanas a la familia”.

Subcategoría 2: Cuidando al niño enfermo con plantas medicinales, rezos y amuletos

Cuando el niño se enferma es la madre quien asume sus cuidados, aquí pone en práctica sus conocimientos de sentido común, sus creencias y costumbres aprendidas en su contexto sociocultural. Así tenemos que cuando el niño tiene gripe y tos, mayormente las madres le dan de beber infusión de eucalipto y realizan vaporizaciones, así como una bebida a base de cebolla, ajo y azúcar. Desde tiempos remotos, los antepasados conocían las propiedades curativas de las plantas, lo cual se evidencia en el siguiente discurso.

“cuando están con la gripe, le doy el eucalipto, lo lavo y después lo hago hervir, que vote su sabor y su aroma le doy una colada y le doy como agüita de tiempo (...) ...también el mentholatum (...) También para la tos se prepara cebolla, azúcar y ajo, se macera y se le da a tomar y hace botar la flema, (...)”. (Margarita)

“tratamos de sacarle los mocos para que la deje respirar, mi mamá es la que le hace su agua de eucalipto o sahumamos el cuarto”. (Jazmín)

“Cuando está con la tos le doy manzanilla o sino eucalipto. Tengo una vecina que dice que con eso le pasa la tos.” (Clavel)

En lo relacionado a la curación de la diarrea y vómitos, las madres mencionaron que les dan de beber suero casero o panetela o recurren a los familiares o vecinas para que les curen por medios caseros tradicionales:

“Para la diarrea agua de panetela”. (Orquídea)

“(…), le doy el suero casero. (Violeta)

“le doy té bien cargado. Un día mi hijo se me cayó y por más que le daba antibiótico no se mejoró y una vecina me dijo trae que yo lo curo lo envolvió y lo sacudió y me dijo que se le había volteado el estómago, (...) por eso todo lo vomitaba. (Cataleya)

En una diarrea o en un vómito se elimina mucho potasio y poco sodio. Solo el suero de rehidratación puede reponer correctamente la cantidad de sales perdidas, ya que su concentración de cloro y sodio es casi la mitad que en una bebida isotónica estándar y la cantidad de potasio es cuatro veces mayor (Cholvi, 2017). Según el MINSA, ante las diarreas e infecciones estomacales, es mejor beber sales de rehidratación oral (suero) que provee gratuitamente el Estado en los establecimientos de salud o en casa preparar y consumir la panetela (MINSA, 2019). La panetela tiene la capacidad de hidratar el organismo en forma efectiva.

Asimismo, las madres participantes refirieron que cuando sus niños presentan cólicos utilizan agua de anís o manzanilla

“Cuando tiene cólicos (...) su gaseovit y su manzanilla o su anís” (Jazmín)

“Para los gases le doy una hierbita o sino agua de anís”. (Liz)

El anís tiene efecto sedante, antiespasmódico y carminativo por lo que se usa para tratar problemas digestivos. La infusión se recomienda para combatir gases, molestias y dolores intestinales, acidez y gastritis. En un estudio desarrollado en Etiopía señala que es utilizada para calmar el llanto o cólico de los lactantes (Abdulrazzaq, Al Kendi, Nagelkerke, 2009).

En el caso de que sus niños presentan fiebre, las madres, utilizan hierbas, untu, hoja de coca e inclusive la orina del niño:

“cuando le daba fiebre, tampoco lo sacaba al aire. (...) agarraba hiervas del campo, (...) o le sobábamos con el orine y le sobábamos con el untu y le bajábamos la fiebre, o sino con hoja de coca.” (Orquídea)

Las madres con experiencia (con más de 2 hijos), una vez que identifican la molestia o enfermedad que padece el niño, preparan los remedios caseros o utilizan la medicina tradicional para sanarlo. También mencionan la forma de atender al niño cuando les da el “mal de ojo”. Frente a la presencia de este síndrome, realizan el ritual de los rezos y le pasan un papel periódico, un huevo fresco por todo el cuerpo del niño para curarle del *mal de ojo*, o sino recurren a una curandera para liberarlo de este síndrome. Aquí los discursos:

“le paso su periódico, su huevo o lo rezan pues. Yo me doy cuenta cuando esta así se pone fastidioso, llora, no quiere nada y se la pasa llorando, llorando, se tira, no se calla, no para de llorar (...) entonces (...) lo rezo y ya se queda tranquilo” (Rosa)

“Cuando le dio el mal de ojo, una amiga me dijo: anda llévalo donde una señora para que lo cure, le llevé donde una señora y la rezó, (...) (Liz)

“Cuando le da mal humor, mi tía le reza y el huevo le pasa por todo el cuerpito, poco a poco le va pasando (...) el mal de ojo” (Gladiolo)

Las madres mencionan también la forma de prevenir el “mal de ojo” utilizando una cinta roja que le colocan en la muñeca de la mano del niño o colocándoles prendas de vestir al revés o sino de color rojo. El significado que le dan a este color es de protección para el niño (Gracia, 2015).

“mejor es prevenir, por eso le pongo su cintita roja, (...) o una prenda al revés que puede ser rojo o de cualquier color”. (Gladiolo)

“Para evitar que lo ojeen, le pongo su huairurito (pulsera hecha a base de semillas rojas de huairuro) en su manito” (Cataleya)

El síndrome del *mal de ojo*, ha sido descrito en varios países a nivel mundial (Gracia, 2015). Esta unidad de significado es mencionada por Campos y Castillo (2014), quienes señalan que utilizan entre otros, el periódico, como protección cósmica ante el aire, mal de ojo, y susto. Asimismo, Dávila (2013) concluye que las familias indígenas cuidan al lactante basados en su saber, cosmovisión y su cultura. La categoría que emergió en el estudio de este último autor fue *Costumbres para cuidar/sanar enfermedades prevalentes del niño*.

Subcategoría 3: Usando lo tradicional más las medicinas recetadas anteriormente por el médico o farmacéutico

Los discursos de las madres, evidencian que suelen utilizar los remedios caseros sumado a los medicamentos que han sido recetados anteriormente en una situación de enfermedad similar. Sin embargo, hay que mencionar que la dosis es de acuerdo al peso. A medida que pasa el tiempo el niño va creciendo y su peso ya no es el mismo, por tanto, la dosis que se le da no le va a hacer efecto porque es menor a la que le corresponde. Aquí los discursos:

“Ahorita estamos con amoxicilina, pero inicialmente le echamos mentolato, la frotamos (...) Eso recetaron en la farmacia” (Jazmín)

“Cuando le da cólicos, tengo unas gotitas que me dio un doctor para mi hija y eso le compro, pero le doy agua de anís también. (Clavel)

Cuando está con cólicos (...), le doy un jarabe que es antibacteriano (Violeta)

Como se puede apreciar las madres utilizan inicialmente hierbas y otras terapias tradicionales para sanar la gripe, la tos, diarrea, cólicos, fiebre y “mal de ojo” de sus niños(as), sin embargo, también automedican a su niño con las medicinas recetadas anteriormente por el médico o farmacéutico, lo cual significa que ya han construido conocimientos de sentido común, en base al conocimiento científico, pasando a ser parte de su conocimiento cultural. Según los discursos también, las madres sanan a su niño en casos de molestias y/o enfermedades simultáneamente con los dos tipos de terapia, la medicina tradicional y la convencional.

Esta unidad de significado, fue hallada también por Rubín, Pecho y Suremain (2003) como los *itinerarios terapéuticos*. Por su parte Guerra (2013) y Dávila (2013) concluyen que la familia es donde nacen los cuidados culturales, las creencias mágico religiosas y las costumbres sobre el sanar, cuidar y prevenir las enfermedades. Aunque migren a otras ciudades mantienen su identidad cultural, dan protección cósmica usando semillas, plantas, animales, luego los automedican y finalmente acuden al centro de salud.

Esta categoría dio lugar al esquema figurativo “*Cuidando al niño con los saberes culturales*”, similar a estudios con enfoque cultural como el de Campos y Castillo (2014) y Guerra (2013). Las madres atienden al niño enfermo con plantas medicinales, amuletos y rezos, para sanar las molestias y enfermedades una vez que lo han diagnosticado como lo señalan Rubín, Pecho y Suremain (2003) en un estudio realizado en dos distritos de Lima. Respecto al *mal de ojo* es una creencia muy arraigada no solo en el Perú, sino en muchos países a nivel mundial, como lo demuestra el estudio de Gracia (2015).

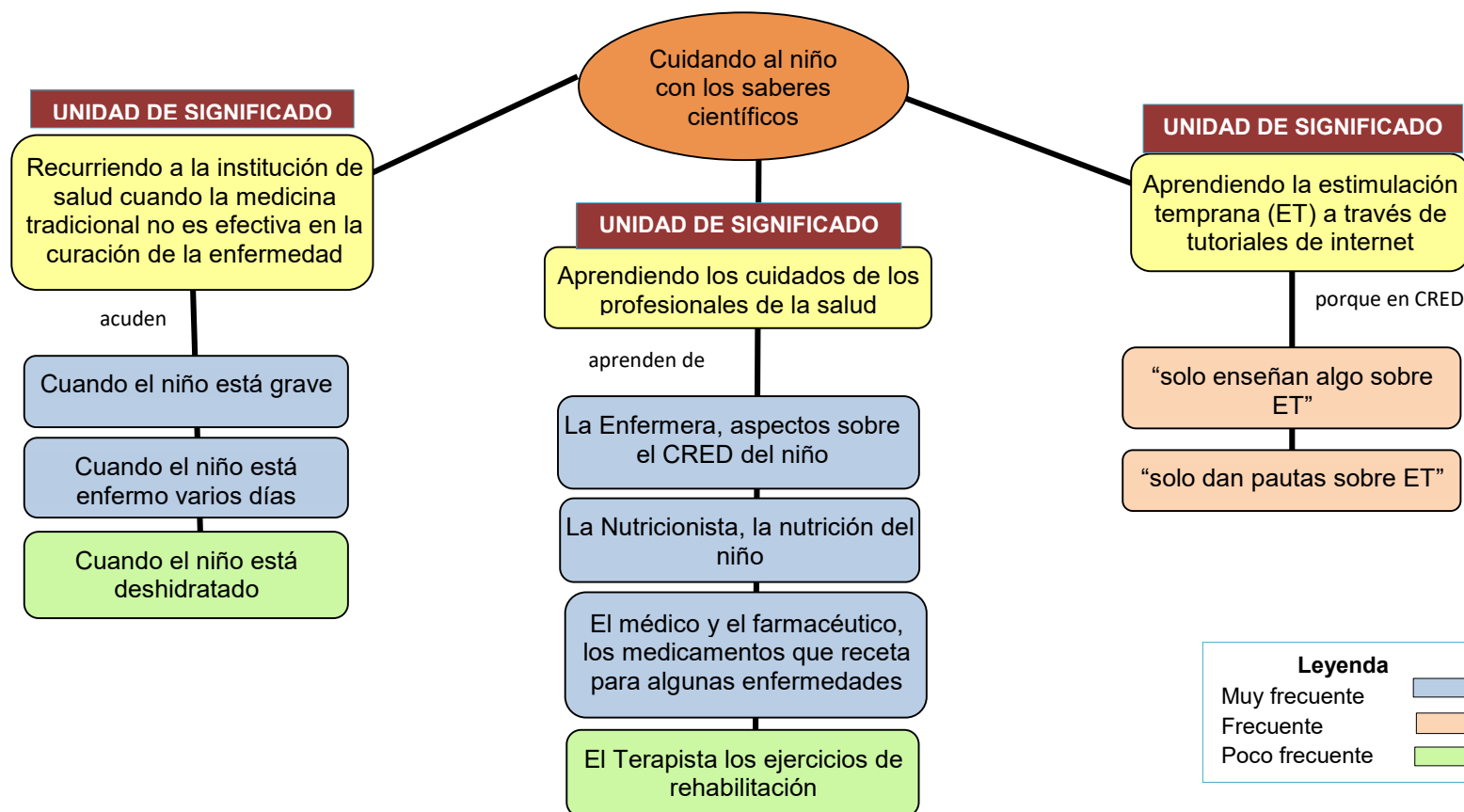
4.4. CATEGORÍA 4: Cuidando al niño con los saberes científicos

Las madres participantes cuando observan que la medicina tradicional no sana las enfermedades de su niño recurren a las instituciones de salud en donde se practica la medicina occidental basada en la ciencia. Estos conocimientos se pueden volver a someterse a prueba, enriquecerse y, llegado el caso superarse mediante el mismo método. (Bunge, 2017). En esta categoría emergieron las siguientes unidades de significado: 1: Recurriendo a la institución de salud cuando la medicina tradicional no es efectiva en la curación de la enfermedad, 2: Aprendiendo los cuidados de los profesionales de la salud, y 3: Aprendiendo la estimulación temprana a través de tutoriales de internet

Subcategoría 1: Recurriendo a la institución de salud cuando la medicina tradicional no es efectiva en la curación de la enfermedad

Frente al cuidado de la enfermedad de sus niños las madres entrevistadas optan primero por los remedios caseros, infusiones de plantas medicinales, rezos y uso de amuletos que han sido aprendidos del grupo social del cual forman parte (subcategoría 2 de “*Cuidando al niño con los saberes culturales*”). En el caso de que estos saberes y prácticas, no solucionen el problema de salud del niño y éste continua en estado delicado, deciden recurrir a la medicina convencional. Esto nos evidencia que priorizan las prácticas culturales y sus creencias sobre la salud y enfermedad, lo cual pone en riesgo al niño sobre todo cuando se trata de enfermedades respiratorias y diarreicas. Aquí sus declaraciones:

ESQUEMA FIGURATIVO 4:
Categoría 4: “Cuidando al niño con los saberes científicos”



Fuente: Entrevista semi estructurada aplicada a las madres

“Para la diarrea le doy el suero casero. Y si ya es demasiado ya espero un día y recién después lo llevo a la posta, me doy cuenta que está con deshidratación cuando está con los ojos hundidos, lloran sin lágrimas eso lo he aprendido en otro hospital (...) (Violeta)

“Cuando está con cólicos (...) le doy un jarabe que es antibacteriano. Y si ya es por muchos días ya lo llevo al médico, (...)” (Violeta)

“ya cuando es algo grave ahí si yo tengo que pedir permiso de mi trabajo para poder llevarla a la posta” (Jazmín).

Una creencia es algo que es aceptada como verdad, especialmente como un principio o un cuerpo de principios aceptados por un grupo etnocultural (Melguizo y Alzate, 2008), y las madres proviniendo mayormente de las zonas del centro y sur del país van a cuidar a sus niños de acuerdo a sus tradiciones, creencias y costumbres, aprendidas en su lugar de origen.

Subcategoría 2: Aprendiendo los cuidados de los profesionales de la salud

Las madres cuidadoras se sienten responsables de la salud de su niño, mencionan que hay que llevarlos a sus controles y a sus citas. Están prestas a aprender de los profesionales de la salud, que les atienden, por ello el personal de la institución de salud cumple un rol importante proporcionándole la información precisa y clara para que tome las decisiones de manera oportuna.

“cuando estaba enferma mi niña me iba a la posta para que me guíen con su nutrición porque nació de bajo peso, entonces ya me empezaron a dar instrucciones en lo que es su papilla”, (Margarita)

“En el Centro, nos dan unos sobrecitos (micronutrientes) para la anemia, le estoy dando en dos cucharadas, combinado con la comida” (Jazmín)

En el control de CRED las madres van aprendiendo los conocimientos que la enfermera le enseña a través de la educación para la salud en relación a la alimentación, la estimulación, higiene y otros temas:

“en la posta te daban una hojita donde te enseñan que es lo que tiene que comer hasta cierta edad, por ejemplo, yo le daba su papa con su hígado todo chancado, yo le daba su zapallo, su comida, (...), todo era chancado, no era licuado sino chancado. (Rosa)

“El control de CRED significa algo muy bueno porque ven si el niño está creciendo bien, nos apoyan, es importante porque sabemos más cosas de lo que sabíamos, para que crezcan sanitos”. (Orquídea)

También aprenden de los otros profesionales como el Tecnólogo médico, en cuanto a los ejercicios que deben realizar los niños cuando les llevan a su terapia:

“los ejercicios en la terapia, como lo estoy llevando ya ahí me explican cómo lo tengo que hacer en casa”. (Rosa)

La asistencia a una institución de salud les permite a las madres aprender conocimientos sobre distintos aspectos de salud al interrelacionarse con los profesionales de la salud. En ese sentido, “la educación es un arma poderosa para romper el ciclo de pobreza, enfermedad y persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de las poblaciones. La educación y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente, dando la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano (OMS, 2010).

Subcategoría 3: Aprendiendo la estimulación temprana a través de tutoriales de internet

Las madres que tienen acceso a medios de pantalla, a través de su discurso afirmaron que, en cuanto a estimulación temprana, mayormente han aprendido de tutoriales de Internet. Aquí se refleja que cuando se conoce el manejo de la tecnología actual se hace uso de ella para poder informarse y suplir las necesidades del conocimiento que no han sido satisfechas por otra fuente. De alguna manera, emiten su opinión de insatisfacción porque refieren que en CRED solo “dan pautas” y “enseñan algo” respecto a la estimulación temprana que permite el desarrollo de la red neuronal y por tanto, de las habilidades psicomotoras del niño. Manifiestan que se han informado más por internet.

“En CRED le pesan le tallan, le hacen los ejercicios. Es importante sus controles porque ven si está bien. Acá me han enseñado algo, pero más he aprendido en tutoriales sobretodo la estimulación (...)”. (Gladiolo)

“En CRED (...) hay personas preparadas para darnos orientación, (...) en la estimulación temprana sólo dan pautas pero más me he informado por internet, veo que acá no enseñan eso.(...)”. (Violeta)

Los procesos educativos, como afirma Laguado (2013) “permiten fortalecer los cuidados básicos con los hijos; el profesional de Enfermería debe fortalecer el vínculo con los padres desde un inicio y mediante la educación lograr el objetivo central del desarrollo psicomotor”.

No se han encontrado estudios relacionados a esta categoría, sin embargo, en un estudio de Polido et al (2011), en uno de los discursos sobre las vivencias de las madres asociadas a la lactancia materna exclusiva, una de ellas menciona: “mi esposo fue cogiendo unas cosas en Internet, también”, lo cual evidencia que las concepciones de algunas madres están determinadas por su entorno donde viven, su nivel educativo, así como sus experiencias.

Por su parte Moon, Mathews, Oden, y Carlin (2019) encontraron que los medios de comunicación sociales e internet se están convirtiendo rápidamente en importantes fuentes de información de confianza sobre salud y la crianza, que las madres recurren a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado infantil.

El mundo globalizado y moderno ha integrado a los habitantes al conocimiento actualizado a través de las tecnologías de información y comunicación; a tal punto que encontramos diversidad de temas vía internet, siendo los tutoriales, una herramienta valiosa en el proceso de aprendizaje, como vimos en el caso de las madres que participaron en este estudio. La tecnología, por tanto, es importante en la atención de salud.

Respecto a esta categoría *Cuidando al niño con los saberes científicos*, se debe señalar que los profesionales de la salud también corresponden a ese contexto sociocultural, sin embargo, tienen una formación desde la medicina occidental, sus conocimientos están basados en la ciencia. Las madres al acudir a las instituciones de salud van a aprender de los profesionales con quienes entren en contacto, dándose lo que Arciga (2004) afirma “la determinación de las prácticas sociales sobre la representación social lleva a una interacción relevante que puede permitir su transformación.

Desde el punto de vista de Abric, las situaciones con condiciones abiertas permiten o toleran tener nuevas prácticas que poco a poco revelan su poca compatibilidad con el núcleo central, considerado este momento como el comienzo del proceso de transformación, pudiendo presentarse cualquiera de los tres tipos: la progresiva, resistente o brutal (Arciga, 2004).

En el consultorio de control de CRED, las enfermeras son las responsables de la atención a nivel nacional, entonces son las principales profesionales con quienes las madres entran en contacto, aprendiendo de esta manera, los conocimientos provenientes de la ciencia, pero a la vez, la Enfermera debe considerar los conocimientos que tienen las madres y a partir de ello, dar la consejería.

Un componente que emergió en este estudio es que algunas madres *aprenden la estimulación temprana a través de tutoriales* de Internet sobre todo en las madres jóvenes que conocen el manejo de la tecnología. Recurren a ello porque en CRED solo enseñan *algo o solo dan pautas*. Una representación que todas las enfermeras de los consultorios de CRED del Centro de Salud escenario del estudio, deben tener en cuenta; es decir. deben estar en sintonía con los cambios que se producen en los conocimientos de sentido común de las madres.

Los resultados de las tres primeras categorías evidencian que las madres no han modificado el significado del cuidado a su niño, persisten aún los estereotipos de género, conocimientos, creencias y prácticas tradicionales resistentes. Utilizan el saber cultural sobre los beneficios y propiedades curativas de las plantas, la forma de preparar los remedios caseros para sanar la gripe o resfriado, la tos, diarreas, cólicos, la fiebre y el mal de ojo. Sin embargo, también utilizan de forma combinada con los productos de la medicina convencional.

Como podemos apreciar hay una actitud positiva hacia los saberes y prácticas de su cultura prioritariamente, corroborados con los discursos de la subcategoría *“Recurriendo a la institución de salud cuando la medicina tradicional no es efectiva en la curación de la enfermedad”*. Las madres acuden a las instituciones de salud cuando el niño está enfermo, después de haber puesto en práctica sus saberes culturales y la automedicación, resultados similares están incluidos en el

trabajo de Rubín, Pecho y Suremain (2003), Dávila (2013), así como el realizado en Bolivia por Suremain (2003). De esta manera las Representaciones sociales se construyen a partir de la cultura mediada por la interacción social.

Es importante entonces que cuando la madre acuda a la institución de salud, se respete sus creencias y costumbres porque son parte de su cultura, algo difícil de cambiar, sin embargo, también debemos tener en cuenta “que la cultura de los padres evoluciona con el tiempo y con los contactos que establecen, con otras maneras de pensar y de actuar sobre los niños, sostenidas por otro tipo de representaciones” como lo señala Bothert (2014). De esta manera es una oportunidad para iniciar un proceso de transformación de la representación que no favorece la salud de su niño(a).

4.5. CATEGORÍA 5. “Experimentando sentimientos y emociones ambivalentes frente al cuidado del niño”

La madre, como todo ser humano, experimenta muchas emociones, incluso desde que se da por enterada que va a ser madre. Durante la lactancia según varios autores, la madre siente emociones nuevas que van a impactar en el niño. Se debe aprender a identificar las emociones, y asumir la responsabilidad de las mismas. En los discursos de las madres se encontraron dos subcategorías:

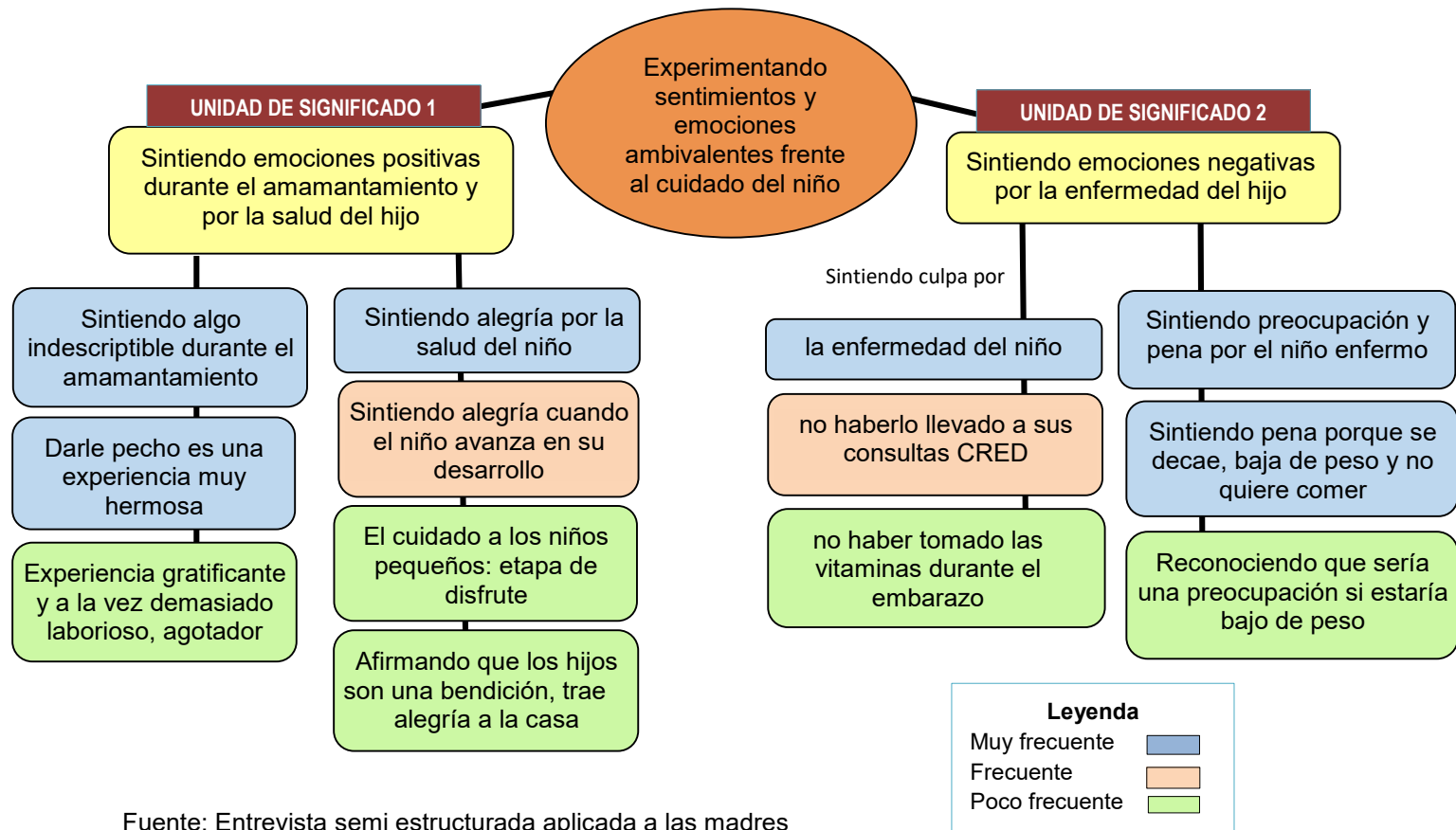
1. Sintiendo emociones positivas durante el amamantamiento y por la salud del hijo
2. Sintiendo emociones negativas por la enfermedad del hijo. A continuación, se exponen:

Subcategoría 1: Sintiendo emociones positivas durante el amamantamiento y por la salud del hijo

Las madres, según sus testimonios, al amamantar a su niño experimentan algo indescriptible, una experiencia muy se transmite una serie de sensaciones, es una de las formas de comunicación e interacción entre la madre y el niño.

ESQUEMA FIGURATIVO 5

Categoría 5: “Experimentando sentimientos y emociones ambivalentes frente al cuidado del niño”



Fuente: Entrevista semi estructurada aplicada a las madres

“al amamantarla era algo indescriptible, sentía una emoción (...) bastante emocionada de tener a mi tercera hija. (...) Como se dice hay que disfrutar de los niños cuando están pequeños porque esa etapa se pasa rápido y es algo inolvidable, lo peor es no haberlos disfrutado”. (Margarita)

“Cuando le doy pecho (...), sentía bastante cariño el ver como se alimentaba, ver que vote su chanchito, es una experiencia muy hermosa” (Margarita)

“El cuidar a un hijo es una experiencia totalmente muy gratificante y a la vez demasiado trabajoso, laborioso, en todos los sentidos muy agotador en lo físico, mental”. (Violeta)

El cuidado a los niños se realiza diariamente, las 24 horas continuadas y las madres se sienten bien, alegres y expresan felicidad por los progresos diarios en el desarrollo de su hijo, se podría decir que en la práctica son rituales cotidianos, con un horario establecido que van a contribuir al desarrollo y salud física del niño.

“bueno yo me siento bien, (...), con los resultados que estoy viendo, me siento alegre que está avanzando al 100%, porque antes que lo llevara no caminaba, nomás ahí paraba, en la tercera terapia ya se soltó ya él solo, para mi es una alegría porque estoy viendo mejores resultados, bueno yo me siento feliz alegre, (...)” (Rosa)

“mi hijita es la bendición de casa para nosotros es mi bendición y esta bebita trae bastante alegría a la casa” (Jazmín)

Neves, Ribeiro y Ramos (2017) señalan que “aunque la maternidad es un evento marcado por emociones positivas, las dificultades que surgen en la vida diaria de las madres pueden interferir negativamente en la calidad de la paternidad. Palmer (2019) también afirma que “las mujeres con dificultades previas a la lactancia pueden traer experiencias negativas de lactancia que están grabadas en el ser de la mujer como madre”.

Subcategoría 2: Sintiendo emociones negativas por la enfermedad del hijo

La enfermedad del hijo, por lo general afecta a toda la familia, principalmente a los padres, más aún a las madres. Si la enfermedad es aguda o grave supone un gran impacto emocional para todos los miembros de la familia. Si es leve, también puede causar sentimientos y emociones, estrés y

angustia. En este caso, los testimonios de las madres nos evidencian que presentan sentimientos de culpa por no haber seguido las indicaciones durante el embarazo y no haberlo llevado a un examen médico:

“En parte yo sentía un poquito de culpa por no haberlo hecho ver antes y ya pues, me dio pena y ya pues me tuve que ir para sacarle sus citas para que lo vea la doctora de terapia física y rehabilitación (Rosa).

Mis otros niños nacieron así normal, uno caminó al año, han caminado casi al año y un mes. (...) cuando yo estaba embarazada, en ellos tomé las vitaminas que dan, pero en mi último hijo no las llegué a tomar todas, (...), entonces yo creo que eso ha tenido mucho que ver, lo que pasa es que a veces me acordaba a veces no, tampoco iba a mis controles” (Rosa).

El estado de salud del niño es importante para las madres. A ninguna persona, mucho más a las madres, le gustaría ver a sus niños enfermos, en tal sentido expresan sus sentimientos de tristeza y preocupación.

“Cuando se enferma todos estamos apenados, preocupados, todos estamos pendientes de ella” (Jazmín).

“Cuando está enfermo, realmente me apena porque se decae, baja de peso, no quiere comer” (Cataleya).

Desde su embarazo, la futura madre, debe procurarse un ambiente tranquilo ya que las situaciones de crisis y estrés y las emociones negativas son experimentadas también por el nuevo ser. Cuando nace el niño enfermo o en el transcurso de su crecimiento se ve afectado por alguna enfermedad, indiscutiblemente, la madre va a experimentar sentimientos y emociones negativas. Bussing, WaBermann, Hyidt, Langler y Thiel, (2017) señalan que “las madres de niños nacidos enfermos experimentaron estrés y problemas de la vida diaria, y en particular tienen necesidades de paz interior, sin embargo, se sintieron apoyadas por el equipo del hospital y su pareja.

Según Torres (2000) “la diferencia fundamental entre la emoción y los sentimientos es que la primera es totalmente básica, primitiva y unidireccional (en el sentido de que es algo que aparece automáticamente al presentarse un estímulo) mientras que el sentimiento incluye la capacidad de pensar y reflexionar de manera consciente sobre lo que se siente, es decir,

los sentimientos son bidireccionales”, ya que hay algo que va desde los procesos mentales más básicos y primitivos hacia la consciencia, pero también hay algo que va desde la consciencia al modo en el que se valora y se experimenta esa situación de forma holística y global.

Como se puede apreciar en esta categoría *Experimentando sentimientos y emociones frente al cuidado del niño*, existen sentimientos positivos que están dados por la alegría, felicidad y experiencias gratificantes por el amamantamiento y satisfacción por el cuidado en sí de sus niños. Los sentimientos negativos, están dados por, la culpa, pena y preocupación de la madre por haber obviado alguna actividad de cuidado para el crecimiento y desarrollo adecuado o controles durante el embarazo o cuando el niño está enfermo.

Estos resultados son similares a los que hallaron López et al (2009), en el cual señalan que “en el segundo año de vida hay importantes y complejas adquisiciones del desarrollo (lenguaje, motricidad, socio-emocionales e intelectuales-cognitivas), que deben ser comprendidas de manera global e interconectada. Cada adquisición está vinculada a la otra y repercute directamente en la relación con la madre, despertando diferentes sentimientos, sensaciones positivas, negativas y ambivalentes en las mismas”.

Asimismo, Tengku (2012), halló en su estudio respecto a la Lactancia materna, que “esta le permite a la madre cumplir con su función reproductiva, la consideran como un don de Dios, otro grupo manifiesta que su práctica requiere sacrificio, y está, por tanto, asociada con una combinación de sentimientos positivos y negativos”. Estos sentimientos y emociones ambivalentes son el resultado de opiniones antagónicas entre sí, conflictivas o mutuamente excluyentes en los pensamientos de las madres y que muchas veces se ven influidas por sus experiencias previas de salud y enfermedad.

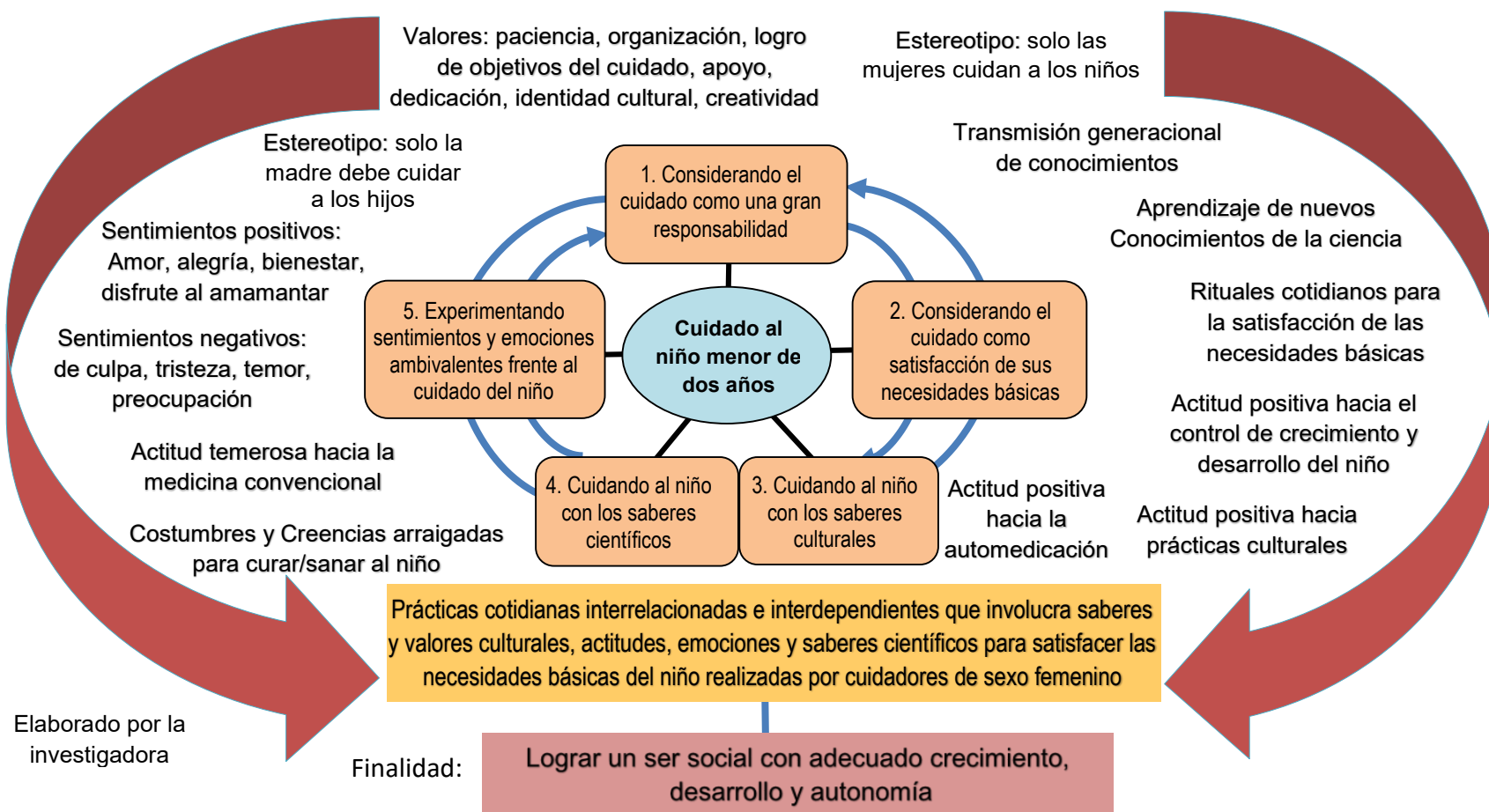
ESQUEMA 5: Campo representacional del cuidado materno al niño menor de dos años



Elaborado por la investigadora

ESQUEMA 6

Núcleo figurativo del cuidado materno al niño menor de dos años



CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. Consideraciones Finales

El desarrollo de este estudio permitió la comprensión del significado que las madres usuarias de un centro de salud público de Lima Sur, le dan al cuidado materno del niño menor de dos años. Emergieron catorce unidades de significado que dieron lugar a cinco esquemas figurativos de pensamiento sintético, los cuales son:

1. Considerando el cuidado al niño como una gran responsabilidad
2. Considerando el cuidado al niño como satisfacción de sus necesidades básicas.
3. Cuidando al niño con los saberes culturales
4. Cuidando al niño con los saberes científicos
5. Experimentando sentimientos y emociones ambivalentes frente al cuidado del niño.

Estas representaciones sociales han sido transmitidas de generación en generación y aún siguen siendo una guía para la toma de decisiones de los cuidados de la salud y enfermedad de sus hijos. Las madres, representan al cuidado infantil en los núcleos figurativos de responsabilidad, paciencia, satisfacción de necesidades físicas y emocionales, prácticas de cuidado del niño sano y enfermo basados en su cultura y presencia de sentimientos y emociones ambivalentes en la salud y enfermedad del niño.

Respecto a la *información*: Las madres han obtenido el conocimiento del entorno sociocultural del cual forman parte así tenemos a la familia, principalmente la fuente de información fue la madre y la suegra, seguido de las hermanas, tías, amigas y vecinas. Es así que las madres van afianzando su rol materno a través del aprendizaje continuo y la experiencia. Otra fuente son los profesionales de la salud y el internet para las madres que conocen su manejo.

El conjunto de ideas, opiniones, saberes, valores, creencias, costumbres, estereotipos y actitudes de las madres identificados en las cinco categorías del cuidado del niño menor de dos años, son interdependientes y conllevan a prácticas sociales integrales que favorecen una adecuada salud física y el desarrollo integral del niño para contribuir a su autonomía a medida que va creciendo. Estas prácticas de cuidado se realizan en forma cotidiana, constituyéndose en rituales para lograr socializar al niño y a la vez permitir su supervivencia, interviniendo la madre y otros cuidadores, generalmente de sexo femenino.

Las costumbres y creencias que practican las madres al cuidar a sus niños son parte del legado cultural y se tornan parte de sus vidas, algo un tanto difícil de cambiar; sin embargo, la cultura de los padres va evolucionando a través del tiempo. En tal sentido, la experiencia con el sistema de salud también permite construir nuevos conocimientos; por ello es importante que el profesional de Enfermería, con quien entra en contacto la madre desde que ingresa a la institución de salud le dé buena acogida y se abstenga de recriminarle su comportamiento de no haber acudido en primera instancia a la institución. Por el contrario, esta primera oportunidad es muy importante para comprenderla y darle la información necesaria para que se inicie un proceso de transformación de la representación que no favorece la salud de su niño(a).

Los cambios son posibles si se consideran los resultados de este y otros estudios en relación al tema. La capacitación no es suficiente, se debe de intercambiar estos saberes en un marco de respeto recíproco; es decir, cuidadores y proveedores de servicios de salud

Respecto a la *actitud*; las madres tienen una actitud positiva hacia el cuidado de sus hijos. Dentro de cada categoría emergieron actitudes positivas y negativas las cuales se evidencian en el campo representacional (Gráfico 6). Cuando cuidan a su niño, las madres experimentan sentimientos y emociones positivos que están dados por la alegría, felicidad y experiencias gratificantes por el amamantamiento y disfrute por el cuidado en sí de sus niños. Los sentimientos negativos, están dados por la culpa al haber obviado los controles durante el embarazo y alguna actividad de cuidado importante para el crecimiento y desarrollo adecuado. Asimismo, tristeza y preocupación cuando el niño está enfermo. En todas las categorías se evidencia actitud positiva hacia el cuidado de los niños basados en la cultura priorizándolos frente al conocimiento de la medicina convencional.

Los *valores* inmersos sobre todo en la primera categoría son la responsabilidad, dedicación, estar pendiente de sus necesidades, la organización para el logro de los objetivos del cuidado a los niños. Asimismo, se evidencia la presencia de una virtud, que es la paciencia, lo cual conlleva a crear estrategias para dar solución a dificultades que está en el hecho del comportamiento que presentan los niños quienes a veces no aceptan ingerir sus alimentos o cuando lloran. También están presentes el apoyo y ayuda de los familiares y el respeto hacia su identidad cultural.

En cuanto al *campo de representación*, está conformado por los conocimientos, creencias, costumbres, actitudes, estereotipos, opiniones, valores, sentimientos y emociones, así como las prácticas aprendidas en su contexto y con la cual se comunican en su grupo social (Esquema 6).

Las representaciones sociales en salud y enfermedad son muy valiosas para entender la red de relaciones y la forma de comunicarse en los grupos sociales. La cultura en general, y el conocimiento de sentido común mayormente están en conflicto con la ciencia como lo hemos podido evidenciar a través de los discursos de las madres, sin embargo, a medida que pasa el tiempo, las madres van construyendo en forma paulatina algunos conocimientos de sentido común provenientes de la información recibida de

los profesionales de salud del centro de salud al que acuden o del internet que algunas tienen acceso y de esta forma, van transformando aquellas representaciones que favorecen el crecimiento y desarrollo de su niño(a).

Estos resultados permiten afirmar que la mayoría de las madres no han modificado sus representaciones sociales provenientes de su cultura; persisten aún los estereotipos de género, conocimiento de sentido común, creencias y prácticas tradicionales resistentes. Las madres acuden a las instituciones de salud solo después de haber puesto en práctica sus saberes culturales tradicionales y la auto medicación. Esto significa que tienen actitudes positivas hacia sus saberes culturales dándoles prioridad, por consiguiente, no solo se trata de capacitar a las madres o darles información, sino que se tienen que implementar estrategias que permitan incluir sus representaciones de salud, enfermedad y sus saberes culturales.

Por último, al haber organizado los cinco esquemas figurativos, se construye una imagen nuclear concentrada con forma gráfica y coherente que capta el significado que las madres le dan al cuidado materno hacia los niños menores de dos años el cual sería el campo representacional pero a la vez se convierte en el *núcleo figurativo*, enunciándose como “*El conjunto de prácticas y rituales cotidianos interrelacionados e interdependientes que involucra saberes, costumbres, creencias, estereotipos, valores culturales, actitudes y emociones y en segunda instancia conocimientos científicos para satisfacer las necesidades básicas y socializar al niño a fin de lograr su adecuado crecimiento, desarrollo y autonomía. Estas son realizadas por la madre, algún familiar u otro miembro de su grupo social generalmente de sexo femenino* (Esquema 7).

Esta simplificación de las ideas abstractas en una imagen representativa, que capta la esencia del concepto del cuidado materno mediante la cual las madres se comprenden de forma más sencilla permite que los profesionales de la salud puedan comprender los significados que las mismas madres le dan al cuidado a sus hijos menores de dos años.

5.2. Recomendaciones

Al concluir el estudio se hacen las siguientes recomendaciones:

- Las autoridades del Ministerio de salud deben considerar los resultados de la presente investigación en la elaboración de los Programas de Salud y de las políticas públicas de la atención materno-infantil. Es fundamental que se promueva con mayor énfasis los cuidados culturales a los niños y el rol cuidador de responsabilidad compartida con el padre, asimismo promover leyes que beneficien una mayor interrelación madre trabajadora-niño durante los primeros años a través de la creación de cunas en los centros laborales que favorezcan los cuidados maternos esenciales.
- Las autoridades de las Escuelas de las Profesiones de Salud y especialmente la de Enfermería deben considerar estos resultados en la formación de los futuros Enfermeros y el cuidado sea de acuerdo a la cultura de la población.
- Los resultados de este estudio deben ser considerados por los profesionales de la salud y ser tomados en cuenta durante la atención de la madre y el niño. Su conocimiento de sentido común, creencias, costumbres y valores de las madres adquiridas en su contexto sociocultural son parte de su vida, han sido construidas y ancladas a través del tiempo, han sido transmitidas de generación en generación y muchas de ellas son resistentes, por lo tanto, se debe de buscar las estrategias necesarias para poder ir transformando las que no benefician a la salud de los niños(as).
- Los profesionales de la salud deben de realizar investigaciones de tipo cualitativa o cuali-cuantitativa para conocer y comprender los significados relacionados con aspectos del cuidado infantil, para que así la atención a este sector importante de la población sea adecuada a sus necesidades y a la realidad de la salud de nuestro país.

5.3. Limitaciones

- Existe escasa bibliografía respecto a la Teoría de las Representaciones Sociales. La encontrada en Internet es muy antigua, excede los cinco años.
- No se hallaron antecedentes recientes sobre *representaciones sociales del cuidado materno infantil*, por ello se utilizaron estudios de enfoque cultural realizados en el Perú, previo análisis de su calidad metodológica, lo cual ayudó en la discusión, análisis e interpretación de la información del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulrazzaq YM, Al Kendi A, Nagelkerke N. (2009). Soothing methods used to calm a baby in an Arab country. *Acta Paediatr.* 2009; 98:392–6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.01029.x>.
- Abric, J. (2001), “Prácticas sociales, representaciones sociales”, en Abric, Jean [comp.], *Prácticas Sociales y representaciones*, México: Ed. Coyoacán.
- Aguirre, E. (2004). Representaciones sociales y análisis del comportamiento social. En E. Aguirre y J. Yáñez Diálogos 3. Discusiones en la Psicología Contemporánea. Bogotá, D. C. (Colombia): Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Cien. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/eduardo.aguirre/5.pdf>
- Alonso N. (2016). Psicóloga infantojuvenil. Cómo no perder la paciencia con los niños. 2016 Recuperado de: <https://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/valores/como-no-perder-la-paciencia-con-los-ninos/>
- Aquino CR, Mutti R. (2006) Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm.* [Online] Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso: 12/11/ 2018.
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. En: Cuaderno de Ciencias sociales (127) 1-84. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales, FLACSO. Recuperado de: <http://www.flacso.or.cr/index.php/publicaciones-jb-br-jb-i-labor-editorial-jb-i/cuadernos/336-cuaderno-no-127>
- Arciga B (2004). Del pensamiento social a la participación. *Estudios de Psicología Social en México*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Ardila, E, Rueda, F, (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia F. Universidad Industrial de Santander, Colombia. *Revista Colombiana de Sociología* Vol. 36, N.2 jul.-dic. 2013 ISSN: impreso 0120 -159X - en línea 2256-5485 Bogotá-Colombia pp.93-114
- Bardin, L. (2004) *Análise de conteúdo*. 3º ed. Lisboa: Edições 70, LDA, p. 37
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación Las competencias parentales en el ámbito de la identificación/ evaluación de las Altas capacidades 215 de las competencias y la resiliencia parental. Barcelona: Gedisa S.A.

- Barudy J, Dantagnan M, Comas E, Vergara M. (2015). La inteligencia maternal. Barcelona: Gedisa S.A. p. 43
- Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2014). Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspectiva de género. Principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado. *Papers. Revista De Sociología*, 99(3), 335-354. doi:<http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers.686>
- Batthyány K.; Genta, N.; Scavino S. (2017) Análisis de género de las estrategias de cuidado infantil en Uruguay. En Cuadernos de Pesquisa. Mar 2017, Volume 47 N° 163 Pp 292-319.
- Bowlby J, (2009). El apego. Volumen 1 de la trilogía. El apego y la pérdida; Barcelona, España: Editorial Paidós. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615000066>
- Bothert K. (2014) Interacciones precoces: saberes maternos tradicionales sobre el cuidado y la protección de los bebés. *Revista Infancias Imágenes* [revista en la Internet] pp. 32-44 / vol. 13 No. 1 / enero-junio de 2014. [Citado 2018 Nov 22] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4997152.pdf>
- Bunge, MA. (2017). El planteamiento científico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), 1-29. Recuperado en 28 de noviembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300016&lng=es&tlng=es.
- Bussing A, WaBermann U, Christian Hyidt N, Langler A, Thiel M (2017) Spiritual needs of mothers of sick newborn or premature infants- a cross sectional survey among German mothers. *Women Birth* 31:e89–e98. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.002>
- Bustíos C. (2010). La mujer y el niño en la Historia de la Salud Pública Peruana: 1535-2002. Lima: Facultad de Medicina-Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Campos M, Castillo J. (2014). Cuidado cultural de la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca–Ferreñafe. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Colliere, MF. (2009). Promover la vida. México DF: Editorial Interamericana McGraw-Hill, p,77.
- Cholvi M. (2017). Bebidas isotónicas en una gastroenteritis- el remedio de la abuela que no funciona. 2/11/2017. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/bebidas-isotonicas-en-una-gastroenteritis-el-remedio-de-la-abuela-que-no-funciona>

- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 109-140. Recuperado en 03 de noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102016000200109&lng=es&tlng=es.
- Dávila A. (2013) "Práctica de cuidado cultural al lactante menor desde el saber popular de la familia: estudio etnográfico en la comunidad Awajun-Amazonas. [Tesis para el título de Magíster en Enfermería]. Chiclayo, Perú: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.
- Esquivel V, Faur L, Jelin E (2012). Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado (p.12). Buenos Aires: IDES.
- Esquivel V. (2012). El cuidado infantil en las familias. Un análisis en base a la encuesta de uso del tiempo de la Ciudad de Buenos Aires. En Esquivel V, Faur L, Jelin E. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado (p.73). Buenos Aires: IDES.
- Fairbairn R. (2011) Steps in the Development of an Object-Relations Theory of the Personality. *Br J Med Psychol.*;22:26-31.
- Farago, C., Fofonca, E. (2012) Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Rev. Linguagem.*; v. 18, p.01-052012. Disponível em: <<http://www.letras.ufscar.br/linguagem/edicao18/artigos/007.pdf>> Acesso em: 17 de novembro de 2018
- Faur L. (2012). El cuidado infantil desde las perspectivas de las mujeres – madres. Un estudio en dos barrios populares del Area Metropolitana de Buenos Aires. En Esquivel V, Faur L, Jelin E. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado (p.107). Buenos Aires: IDES.
- Ferreira M. (2016) Teoría de las Representaciones Sociales y Contribuciones para las Investigaciones sobre Atención en Salud y en Enfermería. *Esc Anna Nery*; 20(2):214-219. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/es_1414-8145-ean-20-02-0214.pdf
- Folle E, & Geib, LTC. (2004). Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 183-190. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200006>
- García A. & Jiménez J. (2014) Los principios de cambio-continuidad: base para la comprensión de los hechos históricos y sociales. Su aplicación en el aula. En *Educación y Futuro Digital*, ISSN-e 1695-4297, Nº. 8 (Enero) págs. 16-30. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4998809>

- García de Alba J. (2012). Saberes culturales y salud: una mirada de la realidad polifacética. *Scielo*, 89-102. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n39/n39a7.pdf>
- Gil, M. (2015). La igualdad entre el hombre y la mujer en la crianza y educación de los hijos. <http://www.universidad.com.ar/responsabilidad-parental-compartida>
- González, G., Del Toro Rubio, M., Fernández Aragón, S., & Díaz Pérez, A. (2016). Aspectos culturales de la puérpera que influyen en el cuidado del primer hijo. *Revista Cubana De Enfermería*, 32(1). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/934/150>
- Gonzales-Achuy, E, Huamán-Espino, L, Aparco, JP, Pillaca, J, & Gutiérrez, C. (2016). Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 224-232. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2187>
- Gracia A. (2015). Curaciones rituales en la actualidad: el caso del “mal de ojo”. *Mitológicas*, XXX., 98-119 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/146/14645591004.pdf>
- Guerra S. (2013) De la sierra a la costa. “Cuidado cultural de las familias inmigrantes, 2011.[Tesis para el título de Magíster en Enfermería]. Chiclayo, Perú: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.
- INEI (2019). Nota de Prensa N° 017-1/02/19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima- Perú, 2019. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n017-2019-inei.pdf>
- INEI (2017). Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2017, Lima Perú. ENDES. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PR_Primer_Semestre_2017.pdf
- Jasso-Gutiérrez, L, & López, M. (2014). El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 117-125. Recuperado en 26 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200009&lng=es&tlng=es.
- Jáuregui J. (2010). El Componente crecimiento y desarrollo: significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH Nueva Unión, Comas-2009. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Jelin E. (2012). La familia en Argentina: Trayectorias históricas y realidades contemporáneas. En Esquivel V, Faur L, Jelin E. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado (p. 45). Bs Aires: IDES.
- Jodelet D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, Serge (comp). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona, Ed Paidós, 1986.
- Jodelet, D. (1991) *Représentation Sociale*. Grand Dictionnaire de la PsychologieLarousse.
- Jovchelovitch, S. (2001). Social representations, public life, and social construction. En: Deaux, K. & Philogène, G. (comp.) Representations of the social. USA: Blackwell Publishers Ltda. p 178
- Laguado E. (2013). Cuidado de Enfermería para fortalecer el Crecimiento y Desarrollo de sus hijos. Revista Cuidarte, [S.I.], v. 4, n. 1, dec. ISSN 2216-0973. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/17/146> . Acceso: 21/11/2018. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v4i1.17>
- Leininger M, McFarland M. (2002). Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3rd ed; 2002, 621 p.
- Legarreta, M. (2017). Notas sobre la crisis de cuidados: distribución social, moralización del tiempo y reciprocidad del tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar. Arbor, 193 (784): a381. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2017.784n2004>
- Lopes RCS, Oliveira DS, Vivian AG, Silva CV, Tudge JRH, et al. (2009). Percepções e sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança dos 18 aos 20 meses. Psicologia em Estudo, 14 (2), 221-232.
- Mannarelli ME (2002) "La infancia y la configuración de los vínculos en el Perú. Un enfoque histórico. En Políticas Publicas e infancia en el Perú. Save the Children-UK. Lima. p.1-41.
- Martínez M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, Vol. XXVII, Nº 2, Diciembre, p 7-33
- Melguizo E, Alzate M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud.. Avances en Enfermería, 26(1),112-123. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13489>
- MIMP (2000) Código de los niños y adolescentes. Ley No. 27337. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables, Lima. Perú.
- Minayo, M. (2009) La artesanía de la Investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp258-261

- MINJUS (2015). Código Civil Peruano, Decreto legislativo 295. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decimosexta Edición oficial. Ed: LITHO & ARTE SAC, Lima, Perú.
- MINSA (2019). Recomiendan beber panetela y sales de rehidratación oral para tratamiento de infecciones estomacales. Nota de Prensa 19/02/19, Ministerio de Salud, Lima, Perú
- MINSA (2017). Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años. Dirección General de salud de las Personas – Lima: 2011.
- Moon, RY, Mathews, A., Oden, R. y Carlin, R. (2019). Percepciones de las madres de Internet y las redes sociales como fuentes de información para padres y salud: estudio cualitativo. *Revista de investigación médica en Internet* , 21 (7), e14289. doi: 10.2196 / 14289
- Morais AC, Quirino MD, Almeyda MS (2009). O cuidado de la crianza prematura no domiciliaria. *Acta Paul Enferm*, 22 (1) 24-30.
- Moreira, M; Nascimento, E; Paiva, M. (2013) “Representación social de mujeres en tres generaciones sobre las prácticas de la lactancia materna”. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200020>
- Moreno-Zavaleta, MT, Granada-Echeverri, P. (2014). Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 121-139 S.A.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. En Farr, R., Mocovici. S. *European Studies in Social Psychology*. París, Francia: Cambridge. University Press.
- Moscovici, S. (1961/2008). La psychanalyse, son image et son public. Paris: Presses Universitaires de France. Edition de 1976. [Psychoanalysis. Its image and its public. Cambridge (U.K.) and Malden, MA: Polity Press.]
- Neves Carvalho JM, Ribeiro Fonseca MF, Ramos Cardoso AM. (2017) Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Invest Educ Enferm*. Oct; 35 (3): 285-294. doi: 10.17533 / udea.iee.v35n3a05.
- Ochaíta, E, Espinosa, MA (2012). Los Derechos de la Infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Rev. Educatio Siglo XXI*, Vol. 30 nº 2, 25-46.
- OMS (2019). Reducción de la mortalidad en la niñez. Datos y cifras. Nota de prensa del 19/09/19. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

- OMS (2010). La salud y la educación están íntimamente unidas. Discurso en la Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Intervención en la segunda mesa redonda, sobre la consecución de los objetivos relacionados con la salud y la educación Nueva York-EEUU, 20/09/2010.
- Osses Rivera, S. L., Macías Gutiérrez, C., Castaño Galeano, S., Gómez del Castillo, D., & López Nañez, A. (2014). Representaciones sociales e infancia: una aproximación al estado del arte sobre cuidado de la salud y desarrollo integral en la infancia. *Infanc*
- Palmér L. (2019). Dificultades anteriores de la lactancia materna: un trauma existencial de la lactancia materna con dos vías entrelazadas para el futuro miedo a la lactancia y el anhelo. En t. J. Qual. Semental. Salud y Bienestar; 14 : 1588034. doi: 10.1080 / 17482631.2019.1588034.
- Palomar C. (2005). Maternidad: historia y cultura. Recuperado de: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/laventan/Ventana22/35-69.pdf>
- Pecci, MC, Herrero T, López M y Mozos A. (2010). Unidad 2: El juego en el desarrollo infantil. Pecci, M^a et al. (1^a Ed.), EL juego infantil y su metodología. Grado superior (pp. 29-50). España: Mc Graw Hill
- Polido, C, Mello, D. Parada, C., Garcia M, Carvalhaes, M., Barros A Leite, & Tonete, V. (2011). Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 624-630. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500005>
- Raile M., Marriner T (2011). Modelos y teorías en Enfermería. 7^a edición. Edit Elsevier España, SL.
- Rateau, Patrick, & Lo Mónaco, Grégory. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *CES Psicología*, 6(1), 22-42. Retrieved September 02, 2018, from. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100003&lng=en&tlng=es
- Rendón-Quintero E, Rodríguez-Gómez R. (2016). La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Rev Cienc Salud*;14(2):261-80. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10](https://doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10)
- Rubín E., Pecho I., Suremain C-É (2003). Representaciones y significados de la salud infantil en el Perú. En Suremain CE, Lefèvre P, Rubín de Celis E, Sejas E. Miradas cruzadas en el niño: un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú. La Paz: Institut Français d'études andines - IFEA; Plural Editores; Institut de recherche pour le développement – IRD.

- Silva DI, Chiesa AM, Veríssimo MLOR, Mazza VA. (2013) Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. *RevEscEnferm USP*; 47(6):1397-402.
- Stefanello, J. (2008) Representación social de mujeres/madres sobre las prácticas alimentarias de niños menores de un año (tese) Riberao Preto: Escola de Enfermería de Riberao Preto; (citado 2018-12-04). Doi:10.11606/T.22.2008.tde-25032008-165955.
- Suremain C-É. (2003) “El buen cuidado”. Representaciones y prácticas de cuidado del niño en Bolivia. En Suremain CE, Lefèvre P, Rubín de Celis E, Sejas E. Miradas cruzadas en el niño: un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú. La Paz: Institut Français d'études andines - IFEA; Plural Editores; Institut de recherche pour le développement – IRD. Disponible en: <https://books.openedition.org/ifea/4592?lang=es>
- Tengku A, Wan M, Zaharah S, Rohana A, Nik N. (2012). Perceptions and Practice of Exclusive Breastfeeding among Malay Women in Kelantan, Malaysia: A Qualitative Approach. *Mal J Nutr*; 18(1): 15 -25.
- Torres, Arturo (2000). Diferencias entre las emociones y los sentimientos. Recuperado de: <https://psicologiyamente.com/psicologia/diferencias-emociones-sentimientos>
- UNICEF (2016). Estado mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. Publicado por UNICEF División de Comunicaciones 3 United Nations Plaza Nueva York, NY 10017, USA. Recuperado de: https://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Mundial_de_la_Infancia_2016._Una_oportunidad_para_cada_nino_-_UNICEF.pdf
- Universidad de Murcia (2013). Enfermería de la infancia y adolescencia. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-murcia/enfermeria-de-la-infancia-y-la-adolescencia/apuntes/enfermeria-de-la-infancia-y-la-adolescencia/448939/view>
- Urbina Cárdenas, JE., & Ovalles Rodríguez, GA. (2018). Teoría de las representaciones sociales. Una aproximación al estado del arte en América Latina. *PSICOGENTE*, 21(40), 518-531. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3088>
- Urzúa, A.; Godoy, J. & Ocaño, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena Pediatría*, 4(82), 300-310.
- Vergara MC, (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñezjuv* [Internet]. 2008 Jan [cited 2018 Sep 28]; 6 (1): 55-80. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2008000100003&lng=en.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A	Guía de entrevista semiestructurada	I
ANEXO B	Consentimiento informado	II
ANEXO C	Descripción de las características de las participantes	III
ANEXO D	Esquemas figurativos y unidades de significado emergentes	IV
ANEXO E	Constancia de autorización de desarrollo del proyecto y del comité de Ética- DIRIS- Lima Sur	V

ANEXO A

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Datos personales:

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Cuál es su grado de instrucción?
- ¿Cuál es su estado civil?
- ¿Cuál es su religión?
- ¿Cuántos hijos tiene? ¿De qué edades?
- ¿Con quienes vive?
- ¿Usted trabaja? ¿Dónde?

Datos sobre el cuidado del niño menor de 2 años

1. ¿Qué significa cuidar a su niño?
2. ¿Cuáles son los principales cuidados que usted le da a su niño?
3. Cuénteme como fue la experiencia del inicio de la alimentación de su niño/a?
4. ¿Qué significado tiene para Usted el control de CRED?
5. Cuénteme que hace cuando se enferma su niño/niña?

Gracias por su atención

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada madre de familia, soy Cecilia Maura Chulle LLenque, estudiante del Doctorado en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y estoy desarrollando el estudio de investigación “Representaciones sociales de las madres sobre el cuidado a su niño menor de dos años atendidos en el Centro de Salud público de Lima” con el objetivo de describir y comprender los conocimientos, opiniones y la forma de cuidar a su niño. La información que Usted me proporcione es confidencial, anónima, no tendrá costo y no representará ningún riesgo para Ud. ni su niño/a.

Para participar en el estudio deberá firmar este documento, con lo cual está aceptando voluntariamente. Pero también le hago presente, que aun habiendo firmado y si decide retirarse, lo podrá hacer, sin ninguna consecuencia. Puede comunicarse conmigo al celular: 996942799 y la atenderé con mucho agrado.

Yo,he sido informada sobre el objetivo del estudio, el anonimato, la confidencialidad de la información y que no obtendré ni pagaré ningún costo, además que la entrevista será grabada y si decido retirarme lo puedo hacer en cualquier momento sin ninguna consecuencia para mí y mi niño/a. A través de la firma de este documento ACEPTO participar en la investigación.

Fecha.....2018

Firma de la madre de Familia
DNI.....

ANEXO C

CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES

Seudónimo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Nº de hijos	Procedencia
Margarita	25	Secundaria completa	Ama de casa	conviviente	3	Lima
Jazmín	30	Secundaria completa	Vendedora dependiente	Madre soltera	2	Lima
Rosa	22	Primaria completa	Ama de casa	conviviente	3	Piura
Orquídea	35	Primaria completa	Vendedora independiente	casada	3	Huaraz
Clavel	28	Secundaria completa	Ama de casa	conviviente	2	Lima
Gladiolo	22	Técnico Superior	Cuidadora de un paciente en domicilio	conviviente	1	Lima
Violeta	28	Técnico Superior	Ama de casa	casada	1	Huaraz
Liz	32	Primaria incompleta	Ama de casa	conviviente	3	Apurímac
Cataleya	33	Secundaria incompleta	Vendedora ambulante	Madre soltera	3	Puno

Fuente: Entrevista estructurada aplicada a las madres

ANEXO D

ESQUEMAS FIGURATIVOS Y UNIDADES DE SIGNIFICADO EMERGENTES

Esquemas figurativos	Unidades de significado
1. Considerando el cuidado al niño como una gran responsabilidad	1.1. Relacionando la responsabilidad materna con la dedicación al niño y estar pendiente de sus necesidades
	1.2. Considerando la paciencia como una característica en el cuidado del niño.
	1.3. Recibiendo ayuda de los familiares.
2. Considerando el cuidado al niño como la satisfacción de las necesidades básicas del niño	2.1. Satisfaciendo las necesidades Fisiológicas y de seguridad física del niño.
	2.2. Satisfaciendo las necesidades emocionales y sociales del niño.
	2.3. Considerando las consultas CRED y vacunas parte del cuidado al niño.
3. Cuidando al niño con los saberes culturales	3.1. Aprendiendo los cuidados al niño de los familiares, amiga, vecina y curandera.
	3.2. Cuidando al niño enfermo con plantas medicinales, rezos y amuletos.
	3.3. Usando lo tradicional más las medicinas recetadas anteriormente por el médico o farmacéutico.
4. Cuidando al niño con los saberes científicos	4.1. Recurriendo a la institución de salud cuando la medicina tradicional no es efectiva en la curación de la enfermedad.
	4.2. Aprendiendo los cuidados de los profesionales de la salud.
	4.2. Aprendiendo la estimulación temprana a través de tutoriales de internet.
5. Experimentando sentimientos y emociones ambivalentes frente al cuidado del niño	5.1. Sintiendo emociones positivas durante el amamantamiento y por la salud del hijo.
	5.2. Sintiendo emociones negativas por la enfermedad del hijo.

Elaborado por la investigadora

ANEXO E

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO Y DEL COMITÉ DE ÉTICA



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad

**CONSTANCIA N° 029-2019
AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION
ACTA DE EVALUACIÓN N° 029-2019-COM.ET.IN.DIRIS-LS
EXPEDIENTE N° 19-029108-001**

El que suscribe Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, hace constar que:

CECILIA CHULLE LLENQUE

Investigador principal del proyecto de Investigación **"REPRESENTACIONES SOCIALES QUE TIENEN LAS MADRES RESPECTO AL CUIDADO DE SU NIÑO MENOR DE DOS AÑOS. CENTRO DE SALUD PÚBLICO DE LIMA"**, fue autorizado con el Oficio N° 1238-2018-ODI-DMYGS-DG.DIRIS.LS/MINSA.

A Solicitud de la investigadora, la investigación ha sido presentada ante el Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, concluyendo satisfactoriamente el proceso de aprobación, motivo por el cual da la **AUTORIZACION** correspondiente.

El presente proyecto se desarrolló en el **C.S. TABLADA DE LURIN**, de la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

Asimismo, hacemos de su conocimiento que es importante para nuestra institución contar con un ejemplar de la investigación concluida y aprobada, la misma que será socializada con la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, con la finalidad de contribuir a mejorar la atención del usuario.

Esta constancia tiene validez por (2) meses, a partir de su expedición y recepción.

De no cumplir con remitir lo indicado, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia o institución a la que pertenece, a fin de ejecutar las acciones que correspondan.

Barranco, 10 JUL 2019



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR

M.C. EMILIANO ENRIQUE SIERRA MARROQUIN
C.M.P. 21627
DIRECTOR GENERAL

EESM/AJJC/BLCM/RAVV/felicitas
c.c. interesado
Archivo